
Ralph Günther
Neuhauser Straß 144 A
86167 Augsburg

Ralph Günther * Neuhauser Straß 144 A * 86167 Augsburg

KuV24.de
Abt. IT-BU
Postfach 40 32

89030 Ulm

Augsburg, 21.01.2008

IT-BU Antrag Nr.: 0303201

Sehr geehrtes KuV24.de-Team,

anbei erhalten Sie meinen unterschriebenen IT-BU-Antrag im Original
zur weiteren Bearbeitung.
Bitte bestätigen Sie mir kurz per E-Mail den Antragseingang.

Mit freundlichen Grüßen

Ralph Günther

Anlage(n)

- Antrag
- Zusatzklärung
- Ärztliches Zeugnis

	KuV24.de Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH Postfach 40 32 / 89073 Ulm Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963 info@KuV24.de	Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg  NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Antrag NÜRNBERGER Risiko-Lebensversicherung-Berufsunfähigkeit

bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

Abschlussstelle 108112526	Betreuungsstelle 108112526	Inkassostelle 108112526	Auswerter	Vermittlernummer 108112526																
Tarif N2501E*M+B+R(BUZC)				Versicherungssumme in EUR 5,000.00																
Vertragslaufzeit/Aufschubdauer Endalter Dauer 65 30 Jahre		Beitragszahlungsdauer Endalter Dauer 65 30 Jahre		Beginn Versicherung 01.01.2008	Bruttobeitrag in EUR monatlich 142,06															
Versicherungsnehmer (VN) / Antragsteller sowie Versicherte Person (VP): Familienname, Titel, Vorname Günther, Ralph Postleitzahl, Wohnort 86167, Augsburg Strasse, Hausnummer Neuhauser Straß 144 A Geburtsdatum Rufnummer * Staatsangehörigkeit 14.03.1972 0172-55588994 Deutsch EA Geschlecht Familienstand Geburtsort 36 männlich ledig Kösching E-Mail web@web.de			Berufsgruppe 1 Ausgeübte Tätigkeit IT-Experte, angestellt Branche: IT-Informationstechnologie Erlernter Beruf / Abgeschlossenes Studium wenn selbstständig, seit wann: Anteil der praktischen/körperlichen Tätigkeit in % 20 Anteil der kaufmännischen/leitenden Tätigkeit in % 80 Anzahl der festgestellten Vollzeitmitarbeiter 5																	
N2501E NÜRNBERGER Risiko-Lebensversicherung Kapitalversicherung nur auf den Todesfall mit gleich bleibender Todesfallsumme. Die Versicherung kann innerhalb der ersten zehn Jahre in eine Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall umgetauscht werden.																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Endalter</th> <th>Dauer</th> <th>Zuschlag in % (BUZ/BAZ/SH/PRZ/RZ in %)</th> <th>Summe oder jährliche Rente in EUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Comfort-Schutz) BUZ2007C Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen</td> <td>30</td> <td>65</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>R Monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit</td> <td>30</td> <td>65</td> <td></td> <td>30.000,00 mtl. (2.500,00)</td> </tr> </tbody> </table>							Endalter	Dauer	Zuschlag in % (BUZ/BAZ/SH/PRZ/RZ in %)	Summe oder jährliche Rente in EUR	B Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Comfort-Schutz) BUZ2007C Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen	30	65			R Monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit	30	65		30.000,00 mtl. (2.500,00)
	Endalter	Dauer	Zuschlag in % (BUZ/BAZ/SH/PRZ/RZ in %)	Summe oder jährliche Rente in EUR																
B Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Comfort-Schutz) BUZ2007C Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen	30	65																		
R Monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit	30	65		30.000,00 mtl. (2.500,00)																
Überschussverwendung Hauptversicherung: Beitragsabzug Zusatzversicherung: Beitragsabzug																				
Sonstige Vereinbarungen / Summe hat Vorrang																				
Bezugsberechtigung für alle Versicherungsleistungen solange die versicherte Person lebt: die versicherte Person nach deren Tod: Maxima Müller 01.01.1966			NÜRNBERGER Plus (Dynamik): Vereinbart sind planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Versicherungsleistungen. Der Beitrag erhöht sich jährlich um 5 % ☐ Erhöhungen des laufenden Beitrags finden nicht statt (Siehe auch "Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag")																	
Zahlweg EEV ab Beginn (Abbuchung)		Ich beauftrage die NÜRNBERGER, bis auf Widerruf die Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Konto-Nr. 5332788 BLZ 72150000 Institut, Ort LaloBank Bayern Hessen Kto.-Inhaber Günther, Ralph																		
Unterschrift des Kontoinhabers - wenn nicht Antragsteller -																				

**KuV24.de**

Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Postfach 40 32 / 89073 Ulm
Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963
info@KuV24.de

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER

Lebensversicherung AG

**Fragen zum Berufs- oder Freizeitrisiko****1. Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt?**

(Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen, Motorsport-Aktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmspringen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Teilnahme an Reitwettbewerben oder Bergsport ausgenommen Wandern)?

Nein

2. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten (Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik "Reise und Sicherheit" unter www.auswaertiges-amt.de) vorgesehen?

Ja

Reiseland, Anlass der Reise, vorraussichtliche Reisedauer,
geplante Aufenthaltsorte

Indonesien, IT-Projekt, 4 Monate, aldfkjds, aldfkjaskldf und
lasdfjaklsdfjak

Fragen zum Gesamtversicherungsschutz**1. Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben, einschließlich Berufsunfähigkeit (BU/BUZ), Erwerbsunfähigkeit (EU/ EUZ), Erwerbsausfall, Dread-Disease oder Pflegerente, oder wurden bislang bzw. werden zeitgleich solche beantragt?**

Ja

Art der Versicherung	BU/BUZ
Gesellschaft	LV 1871
Höhe der BU-, EU-, PR-Jahresrente bzw. Dread-Disease-Leistung	6.000,00

Art der Versicherung	EU/EUZ
Gesellschaft	Dialog
Höhe der BU-, EU-, PR-Jahresrente bzw. Dread-Disease-Leistung	3.000,00

2. Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Berufs-/ Erwerbs- / Erwerbsausfall-/ Dread-Disease- Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) oder Pflegerentenversicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?

Nein

3. Bestehen für Ihre Person bereits Rentenanwartschaften für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit z.B. gesetzliche Sozialversicherung, Versorgungswerk, Betriebliche Altersvorsorge, Beamten-Versorgung?

(geben Sie bitte den Betrag der jährlichen Rentenanwartschaft(-en) an)

Ja

Art der Anwartschaft	Sozialversicherung
jährliche Rente	2.000,00

4. Wie hoch war Ihr jährliches Arbeitseinkommen (brutto) in den letzten 3 Jahren?

laufendes Jahr (EURO)	50.000,00
letztes Jahr (EURO)	40.000,00
vorletztes Jahr (EURO)	45.000,00

Angaben zum Gesundheitszustand

**KuV24.de**

Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Postfach 40 32 / 89073 Ulm
Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963
info@KuV24.de

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER

Lebensversicherung AG

**1. Bestehen bzw. bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen der/des****1.1. des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße?**

(z. B. Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Gefäßveränderungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose)

Nein

1.2. der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase?

(z. B. Entzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)

Ja

Art der Krankheit, Beschwerde, Funktionsstörung (Diagnose)

Beginn und Dauer bzw. Häufigkeit

Art der Behandlung

Name und Anschrift des Heilbehandlers

Ausgeheilt? Verbliebene Folgen?

Heuschnupfen

Saisonal März bis Juni

Hismanal 1-2 mal täglich in der Saison

Dr. Max. Müller, Ärztstrasse 7, 878834 Guthausen

Tritt immer im Frühjahr auf. In den letzten Jahren deutlich besser.

1.3. der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz?

(z. B. Entzündung, Geschwür, Blutungen, erhöhte Leberwerte)?

Nein

1.4. der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust?

(z. B. Entzündung, Steinbildung, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?

Nein

1.5. des Stoffwechsels, Blutes, der Schilddrüse?

(z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie, Lymphknoten)?

Nein

1.6. Augen?**1.6.1. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?**

(Kurzichtigkeit, Weitsichtigkeit)

Ja

Sehfehler

Dioptrien links

Dioptrien rechts

Mit Sehhilfe vollständig ausgeglichen

Kurzichtig

2,5

1,5

Ja

1.6.2. Sonstige Augenerkrankungen?

(z. B. Sehstörung, Netzhauterkrankungen, erhöhter Augendruck)

Nein

1.7. der Ohren (Gehör und Gleichgewichtsorgan)?

(z. B. Hörminderung, Hörsturz, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen)?

Nein

1.8. des Gehirns, Nervensystems?

(z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmungen, chronische Schmerzen, Schwindel)?

Nein

**KuV24.de**

Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Postfach 40 32 / 89073 Ulm
Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963
info@KuV24.de

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER

Lebensversicherung AG

**1.9. der Haut oder Allergien?**

(z. B. Entzündung, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?

Ja

Art der Krankheit, Beschwerde, Funktionsstörung (Diagnose)	Chondromalezie 2. Grades
Beginn und Dauer bzw. Häufigkeit	2003 -2004
Art der Behandlung	Chrankengymnastik und Reizstrom, Manuelle Tehrapie
Name und Anschrift des Heilbehandlers	Dr. Max. Müller, Ärztestrasse 7, 878834 Guthausen
Ausgeheilt? Verbliebene Folgen?	seit Februar 2004 ausgeheilt

1.10. der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben?

(z. B. Bewegungseinschränkungen, Fehlstellungen, Verschleiß, Entzündungen, Rheuma, Fibromyalgie)?

Nein

1.11. gutartige Tumorerkrankungen?

(z. B. Zyste, Adenom)?

Nein

1.12. Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen, Tropenkrankheiten?

(z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?

Nein

Angaben zum Gesundheitszustand**2. Bestehen oder bestehen oder bestanden Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen der/des****2.1. bösartige Tumorerkrankungen?**

(z.B. Krebs)

Nein

2.2. Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen der Psyche?

(z.B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)

Nein

2.3. Suchterkrankungen?

(z.B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuss)

Nein

2.4. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?

Nein

2.5. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Schwerbehinderung?

Nein

2.6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?

Nein

**KuV24.de**

Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Postfach 40 32 / 89073 Ulm
Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963
info@KuV24.de

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER

Lebensversicherung AG

**3. Sonstiges**

3.1. Sind Sie (über die unter den Fragen 1.1 - 2.6. gemachten Angaben hinaus) in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?

Nein

3.2. Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel verordnet bzw. eingenommen?

Nein

3.3. Körpergröße: 176 cm

Gewicht: 75 kg

3.4. Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist

(Name, Ort, Straße, Haus-Nr., Fachrichtung)

Dr. Max. Müller, Ärztestrasse 7, 878834 Guthausen

	KuV24.de Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH Postfach 40 32 / 89073 Ulm Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963 info@KuV24.de	Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg  NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
---	---	--

Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und ggf. an den Verband der Privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. **Ich willige ein**, dass der Versicherer bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung, sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform) einholt und nutzt. **Ebenso willige ich ein**, dass zum gleichen Zweck von der INFORMA oder ggf. weiteren vergleichbaren Unternehmen eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren (beruhend auf Erfahrungswerten) erzeugt wird, eingeholt und genutzt wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Außerdem ist der Versicherer verpflichtet, mir Auskunft zu geben über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen. Die Adressen dieser Firmen sowie weitere Informationen finden sich im Merkblatt zur Datenverarbeitung.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die "Wichtigen Erklärungen des Antragstellers und der versicherten Person(en)", die "Wichtigen Hinweise zum Antrag" sowie die jeweiligen "Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag". Diese Erklärungen enthalten u. a. Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die "Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz" und das gesonderte "Merkblatt zur Datenverarbeitung" sowie die "Wichtigen Erklärungen" zum Inhalt dieses Antrags. Maßgebend für den Abschluss des Versicherungsvertrags sind allein Ihre Erklärungen in der Antragsausfertigung für die Generaldirektion. Es besteht ggf. vorläufiger Versicherungsschutz gemäß den "Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung".

Sollten Sie die auf den Folgeseiten abgedruckte Schweigepflichtsentbindungserklärung nicht abgeben wollen, vermerken Sie dies bitte unter "Sonstige Vereinbarungen".

Die Antragsprüfung der NÜRNBERGER bewertet Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die "Erklärungen der (haupt)versicherten Person(en)" (Beruf, Einkommen, Gesamtversicherungsschutz usw.) und die "Angaben zum Gesundheitszustand" vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig, kann die NÜRNBERGER je nach Verschuldungsgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen und ggf. Leistungen verweigern.
Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

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/Ihre Anträge.

Ihre Unterschrift gilt für alle hier beantragten Verträge!

Ort Augsburg	Datum	Unterschrift des Antragsteller = Versicherungsnehmer = Versicherte Person (Bitte Vor- und Zunahme) X
Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die "Information zur Antragstellung" auf den Folgeseiten. Die Verbraucherinformationen habe ich als PDF-Download in meinem persönlichen myKuV24-Bereich vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.		
Ort Augsburg	Datum	Unterschrift des Antragsteller = Versicherungsnehmer = Versicherte Person (Bitte Vor- und Zunahme) X
Der Antragsteller hatte Gelegenheit, vom Inhalt des "Merkblatts zur Datenverarbeitung" durch Aushändigung Kenntnis zu nehmen.		
Verbraucherinformationen Ich habe dem Antragsteller die Verbraucherinformationen in folgender Form zur Verfügung gestellt: [x] als PDF-Download im persönlichen myKuV24-Bereich des Versicherungsnehmers.		

Ich versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers / der versicherten Person(en) zu seinen / ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.		
Ort Ulm	Datum	Unterschrift des Vermittlers (KuV24)
Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz Die Identifizierung ENTFÄLLT, da die Beiträge durch Abruf vom Konto des Versicherungsnehmers gezahlt werden (EEV). (Bei Abbuchung von einem Konto, das nicht auf den Namen des Versicherungsnehmers geführt wird, ist die Identifizierung erforderlich.)		
Für eventuelle Rückfragen zum Antrag: KuV24.de - Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH info@kuv24.de , Tel.: +49 (0) 731-27703-66, Fax.: +49 (0) 731-27703-966		
Kenntnis genommen Bezirksdirektor / GSL / DBV (<i>Unterschrift</i>)	Eingang Gesch.-Stelle FD/BD/Agt.: _____ am: _____	Prüfvermerk Gesch.-Stelle gepr. am: _____ abges.an GD: _____

	KuV24.de Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH Postfach 40 32 / 89073 Ulm Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963 info@KuV24.de	Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg  NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
---	---	--

Zusatzerklärung BUZ

Angaben der versicherten Person zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Antrags- bzw. Versicherungsnummer 0303201	Antrag vom 14.12.2007
Name, Vorname Günther, Ralph	Geburtsdatum 14.03.1972

Welche Berufsausbildung / abgeschlossenes Studium haben Sie?

Branche: IT-Informationstechnologie

Ausgeübte Tätigkeit
IT-Experte, angestellt

In welcher Funktion sind Sie eingesetzt?

Sind Sie tätig als:	☐ Selbstständiger ☒ Angestellter	☐ Arbeiter	☐ Beamter
Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?	kaufmännisch/leitend 80 %	praktisch/körperlich 20 %	
Anzahl Ihrer Mitarbeiter			
im kaufmännischen Bereich:	Vollzeitkräfte 5	Teilzeitkräfte 10	

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 in EUR/jährlich
Unselbstständige (Nettoeinkommen)	laufendes Jahr in EUR/jährlich 50.000,00	letztes Jahr in EUR/jährlich 40.000,00	vorletztes Jahr in EUR/jährlich 45.000,00

Über 30.000,00 EUR beantragte jährliche BU-Rente sind Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre einzureichen.
 (Angestellter: z. B. Verdienstbescheinigungen/ Selbstständiger/ Freiberufler: EKSt-Erklärung/ Bescheid, BWA oder Bilanz).

Haben Sie weitere Rentenansprüche für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. der verminderten Erwerbsfähigkeit?

☒ Sozialversicherung	☐ berufständische Versorgung
☐ Beamten-Versorgung	☐ betriebliche Altersversorgung
☐ keine Ansprüche	Höhe der bestehenden Anwartschaft 2.000,00 EUR

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

	Name der Gesellschaft	jährlich versicherte Rentenleistung
Berufsunfähigkeit ☒	LV 1871	6.000,00 EUR
Erwerbsunfähigkeit ☒	Dialog	3.000,00 EUR
Pflegefall ☐		EUR

Zusätzliche Fragen für Selbstständige
 Seit wann sind Sie selbstständig?

Datum

Sind Sie Existenzgründer? ☐ nein ☒ ja



Zuständige Filialdirektion / Bezirksdirektion / Betreuungstelle

KuV24.de

Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH

Postfach 40 32 / 89073 Ulm

Tel. : +49 (0) 731-27703-63 / Fax -963 info@KuV24.de

Merkblatt

über den Umfang der ärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Doktor,

für unseren Antragsteller werden wegen einer beantragten Lebens-/Berufsunfähigkeitsversicherung die nachstehenden Untersuchungen erforderlich, soweit diese angekreuzt sind.

- ☒ **Ärztliches Zeugnis**
Die Untersuchungsformulare sind diesem Merkblatt beigelegt und mit den Personaldaten des zu Untersuchenden ergänzt.
- ☒ **Weitere Untersuchungen:**
Nur die angekreuzten Untersuchungen sind durchzuführen:
 - ☒ EKG in Ruhe und Belastung mit Brustwandableitungen (auf Fahrradergometer) mit Beurteilung
 - ☐ Laboruntersuchungen:
Vollständiges Blutbild, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Nüchternblutzucker, Kreatinin, Harnsäure, Gesamtcholesterin, Triglyceride, Gamma-GT, SGPT, CHE oder Quickwert (mit Angabe der für das betreffende Labor maßgebenden "Norm-Werte").
 - ☒ Aids-Test:
Wegen der Höhe der Versicherungssumme / jährlichen BU-Rente ist ein HIV-Test erforderlich. Die Kosten für evtl. weiter erforderliche Bestätigungstests werden von uns ebenfalls übernommen.

Nur ankreuzen wenn wegen der Höhe des Vertrages erforderlich bzw. auf bes. Anforderung!

Bitte führen Sie die Untersuchung durch und senden Sie die entsprechenden Unterlagen an die obengenannte zuständige Filial-/Bezirksdirektion oder Betreuungsstelle. Die Untersuchungsergebnisse werden von uns - aufgrund der uns obliegenden Schweigepflicht - streng vertraulich behandelt.

Das Honorar für das "Ärztliche Zeugnis" bitten wir diesem Formular zu entnehmen. Die Kosten evtl. Zusatzuntersuchungen sind gesondert in Rechnung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER



Ärztliches Zeugnis

1. Der untersuchende Arzt ist mit der zu untersuchenden Person weder verwandt noch verschwägert.
2. Das Ärztliche Zeugnis ist nur auszufüllen, wenn über den HIV-Test ein Beratungsgespräch stattgefunden hat und die zu untersuchende Person damit einverstanden ist.
3. Ergebnisse durchgeführter Gentests bitten wir getrennt von den Antragsunterlagen direkt an den Gesellschaftsarzt der NÜRNBERGER, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, zu versenden.

Vorname, Name - bitte auch Geburtsnamen angeben

Ralph, Günther

Geburtsdatum

14.03.1972

Berufsbezeichnung (genaue Angabe der Beschäftigung)

Antrags- bzw. Versicherungsschein-
Nummer

Straße, Hausnummer

Neuhauser Straß 144 A

Postleitzahl, Wohnort

86167, Augsburg

Auf welche Weise haben Sie sich von der Identität der zu untersuchenden Person überzeugt
(Personalausweis, Paß-Nr.)?

Identitätsnachweis

I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt einzeln zu stellen und mit nein oder ja zu beantworten

Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrags.

1. Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder
Kreislaufkrankungen, Zuckerkrankheiten oder
Gemütskrankheiten vorgekommen?

nein ja
☐ ☐

Welche und bei wem (Alter)?

2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen
Gefahren ausgesetzt?

☐ ☐

Welchen?

3. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen
oder Beschwerden

☐ ☐

Welche?

Wann? Wie oft?
Wie lange?

Behandelnde Ärzte
(mit Anschrift)

a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck,
Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Rhythmusstörungen,
Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen,
Durchblutungsstörungen oder Infarkt des Herzens, Gehirns oder
der Extremitäten, Embolien)?

☐ ☐

b) der Atmungsorgane (z.B. Tuberkulose, wiederholte oder
chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, blutiger Auswurf,
Lungen- oder Brustfellentzündung)?

☐ ☐

c) der Verdauungsorgane (z.B. Magengeschwür, Magen- oder
Darmblutungen, Leberleiden, erhöhte Leberwerte, Gelbsucht,
Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse,
chronische Darmentzündung)?

☐ ☐

d) der Harn- oder Geschlechtsorgane (z.B. Nierenentzündung,
Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder
Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse,
erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutigem Harn,
Eiweißausscheidung)?

☐ ☐

e) des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen,
Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen)?

☐ ☐

f) der Psyche (z.B. Depressionen oder sonstige
Gemütskrankungen, chronische Eßstörungen,
psychosomatische Störungen)?

☐ ☐

g) der Augen (z.B. Sehschärfe, Dioptrien, Gesichtsfeld,
Augendruck oder Augenhintergrund betreffend)?

☐ ☐

h) der Ohren, Nase (z.B. Tinnitus, Mittelohrerkrankungen,
Hörsturz)?

☐ ☐

i) der Milz, des Blutes (z.B. Leukämie, Anämie)?

☐ ☐

j) der Haut, Allergien (z.B. Psoriasis, Neurodermitis,
Heuschnupfen)?

☐ ☐

k) des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen,
Harnsäurerhöhungen/Gicht, Funktionsstörungen der
Schilddrüse)?

☐ ☐

l) in Form von Geschwülsten (z.B. Tumoren, Zysten,
Lymphknotenverdickungen)?

☐ ☐



	nein	ja	Welche?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
m) der Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke, (z.B. Hexenschuss, Lumbago, Ischias, Bandscheibenvorfall, Gelenkverschleiß, rheumatische Beschwerden, Hüftdysplasie)?	☐	☐			
n) akute oder chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, chronische Hepatitis)?	☐	☐			
o) Unfälle, Verletzungen und/oder Operationen?	☐	☐			
p) Bei Frauen					
Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke oder Brust?	☐	☐			
Besteht Schwangerschaft? Welcher Monat?	☐	☐			
Gab es bei vorausgegangenen Schwangerschaften und Entbindungen Komplikationen?	☐	☐			
Wann und mit welchem Ergebnis wurde die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung durchgeführt?					
4.a) Nahmen/nehmen Sie regelmäßig oder wiederholt Medikamente?	☐	☐			
b) Besteht/bestand Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch?	☐	☐			
c) Rauchen Sie? Wie viele täglich?	☐	☐			
d) Trinken Sie Alkohol? Wie viel täglich?	☐	☐			
e) Haben Sie ungewollt in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg Gewicht verloren?	☐	☐			
f) Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	☐	☐			
5.a) Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen?	☐	☐			
b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Weshalb? Von welcher Stelle?	☐	☐			
c) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderung (MdE)? (Kopie des Anerkennungsbescheids/Antrags bitte beifügen.)	☐	☐			
d) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig krank?	☐	☐			
e) Ist eine Operation vorgesehen?	☐	☐			
6. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	☐	☐			
7.a) Sind Sie oder waren Sie in Behandlung anderer Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten?	☐	☐			
b) Sind Sie in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien untersucht oder behandelt worden?	☐	☐			
c) Sind Sie mit bildgegebenen Verfahren untersucht worden (z.B. Sonographie, Röntgen, CT, Kernspin)?	☐	☐			
8. Haben Sie einen Gentest durchführen lassen?	☐	☐			
9. Welchen Arzt nehmen Sie gewöhnlich in Anspruch?	☐	☐			

Ich ermächtige die Gesellschaft, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten zehn Jahre nach der Antragsannahme. Die Gesellschaft darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf die Gesellschaft die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet, und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter die Erklärung ausfüllt. Für diesen Fall erkläre ich, dass meine Angaben richtig und vollständig weitergegeben worden sind.

Unterschrift der zu versichernden Person

Datum

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

**II. Untersuchungsbefund**

Haben Sie den Antragsteller bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt (bitte Krankenblattauszug beifügen)?

nein ja
☐ ☐

1. Größe und Gewicht

Wurden nebenstehende Werte in Ihrer Praxis gemessen?

☐ ☐

Vorname, Name

Wann und weshalb?

Gewicht ohne Kleidung in kg

Körpergröße ohne Schuhe in cm

Bauchumfang in Nabelhöhe in cm

2. Herz und Kreislaufsystem

Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf

a) Herzvergrößerung?

☐ ☐

b) Herzgeräusche?

☐ ☐

c) anormale Herztöne, Rhythmusstörungen?

☐ ☐

d) Insuffizienzzeichen (Dyspnoe, Ödeme)?

☐ ☐

e) Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?

☐ ☐

f) arterielle Durchblutungsstörungen (abgeschwächte periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)?

☐ ☐

g) **Blutdruck** und Pulsfrequenz

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

Bitte konkrete Angaben

	Pulsschläge je Minute	Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg.	
			systol.	diastol.
1. Messung				
2. Messung				

Wurden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?

☐ ☐

Medikation

Welche **Blutdruckwerte** wurden früher gemessen?

☐ ☐

		Blutdruck in mm Hg.	
Datum	Puls	systol.	diastol.

Ist der Puls regelmäßig?

☐ ☐

Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?

☐ ☐

Welche Abweichungen?

Bitte konkrete Angaben

Bitte ggf. vorhandene EKG-Streifen und kardiologische Befunde mit einreichen.

3. Bestehen Auffälligkeiten im broncho-pulmonalen System?

☐ ☐

bei Form und Wölbung des Brustkorbs?

☐ ☐

bei Perkussion und Auskultation?

☐ ☐

besteht Heiserkeit, Husten oder Atemnot?

☐ ☐

Fanden Sie bei Ihrer Untersuchung Auffälligkeiten (bei ja bitte detailliert erläutern)?

Bei beantragter Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegerentenversicherung sind insbesondere genaue Angaben über die Funktion des Bewegungsapparats, der Sinnesorgane und über Allergien von Bedeutung.

	nein	ja	Bitte konkrete Angaben															
4. im Skelett- und Muskelsystem (z.B. Arthritis, Kyphose, Skoliose, Wirbelsäulen- oder Gelenkfunktionseinschränkungen)?	☐	☐																
5. bei Haut und Schleimhäuten?	☐	☐																
6. bei den Sinnesorganen?	☐	☐																
7. beim Nervensystem und der Psyche (z.B. Pupillenreaktionen, Reflexe, Lähmungen, Gang)?	☐	☐																
8. beim Hormonsystem (z.B. Schilddrüse)?	☐	☐																
9. im Verdauungssystem (z.B. Lebervergrößerung)?	☐	☐																
10. bei den Harn- und Geschlechtsorganen?	☐	☐																
11. Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde erhoben?	☐	☐																
12. Aktuelle Laboruntersuchungen																		
a) Urinuntersuchung: Ergebnis des Streifentests			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Eiweiß</td> <td style="width: 33%;">Zucker</td> <td style="width: 33%;">Blut</td> </tr> <tr> <td>Bilirubin</td> <td>Urobilinogen</td> <td>Keton</td> </tr> <tr> <td>Leukozyten</td> <td>Sonstiges</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td colspan="2">Befund</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Diagnose</td> </tr> </table>	Eiweiß	Zucker	Blut	Bilirubin	Urobilinogen	Keton	Leukozyten	Sonstiges		Datum	Befund		Diagnose		
Eiweiß	Zucker	Blut																
Bilirubin	Urobilinogen	Keton																
Leukozyten	Sonstiges																	
Datum	Befund																	
Diagnose																		
Sedimentbefund (bei pathologischem Streifentest)																		
bei pathologischem Befund - welche Diagnose stellen Sie?																		
b) Blutuntersuchungen																		
HIV-Test																		
Weitere Blutuntersuchungen?			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Datum</td> <td style="width: 30%;">Befund</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Welche?</td> </tr> </table>	Datum	Befund	Welche?												
Datum	Befund																	
Welche?																		
Bitte ggf. vorhandene Laborkontrollen mit einreichen.																		
13. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihren Patienten eine Kopie dieses Berichts überlassen, wenn er dies wünscht?			☐															
14. Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen.			☐															
			Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?															

Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar von 60,00 EUR an. Nach Eingang des Zeugnisses wird dies sofort überwiesen. Die Rechnung des Labors für den HIV-Test bitten wir uns direkt zur Begleichung einzureichen.

Das Honorar ist zu überweisen auf

Kreditinstitut	Konto-Nummer
	Bankleitzahl

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten wohl krankhafte Befunde mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft nur verschlossen übergeben werden.