

# Geprüfte/-r Fachwirt/-in für Versicherungen und Finanzen

## Lebensversicherungen und Betriebliche Altersversorgung – Produktmanagement für Versicherungs- und Finanzprodukte

### Anlage 1 zu Aufgabe 1:

#### Rentenversicherung, Berufsunfähigkeits- oder Risikoversicherung

Gesundheitsfragen zu: Peter Lenz; geb.: 17.03.1980; Beruf: Schreiner; Tarif S34; BU-Rente: mtl. 2.000 €

#### Zeitlich befristete Fragen

- |     |  |  |                           |   |  |
|-----|--|--|---------------------------|---|--|
| 1.  | Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche Schäden, Gesundheitstörungen oder Beschwerden     | 1.10   | der Haut (auch Allergie)? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  |  |
| 1.1 | der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhleninfektionen, Heuschnupfen, Kehlkopferkrankungen)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 1.11                      | der Drüsen (auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 1.2 | des Herzens oder der Kreislauforgane (auch Bluthochdruck, Krampfadern, Thrombose)?   | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 1.12                      | des Gehirns, der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose) oder der Psyche (auch Angstzustände)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 1.3 | der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane?   | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 1.13                      | Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat)  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 1.4 | der Verdauungsorgane (auch Bauchspeicheldrüsen-, Gallenblasen-, Lebererkrankung)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 1.14                      | Tumore (auch gutartige)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 1.5 | des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Harnsäureerhöhung)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 2.                        | Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder Psychologen untersucht, beraten oder behandelt worden?   |  |
| 1.6 | der Augen (auch Netzhautablösung)<br><input type="checkbox"/> kurzsichtig <input type="checkbox"/> weitsichtig<br>Dioptrien links rechts | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 2.1                       | stationär (auch Kuren)  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 1.7 | der Ohren (auch Schwindelzustände)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 2.2                       | ambulant  | <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| 1.8 | der Wirbelsäule (auch Bandscheibenschaden)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 3.                        | Wurden Sie in den letzten 15 Jahren operiert bzw. wurde eine Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt?   | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 1.9 | der Knochen, Gelenke und Muskeln (auch Meniskusschaden, Gicht, Theuma)?  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 4.                        | Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 15 Jahren regelmäßig Medikamente (auch Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel) bzw. besteht oder bestand eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

#### Zeitlich unbefristete Fragen

5. Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen?  Nein  Ja
6. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt?  Nein  Ja

#### Weitere Fragen

7. Bestehen Behinderungen oder haben Erkrankungen Folgen hinterlassen?  Nein  Ja
8. Wie groß und schwer sind Sie? 175 cm 87 kg

Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?  
(Name, Anschrift)? (Falls nicht zutreffend bitte »keiner« eintragen)

*Dr. Frenius, Paulmannstr. 77, 12345 Beispielort*

**Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.**

Frage	Einzelheiten zur Diagnose, Krankheit, Unfall	Wann? Wie lange? Geheilt? Folgen?	Arzt, Behandler, Krankenhaus (Name Anschrift)?
2.2	<i>Heuschnupfen, antiallergische Tabletten, (Cetirizin) Nasenspray</i>	<i>Feb. bis Mai 2013</i>	<i>Dr. Frensius</i>

# Anlage 1 zu Aufgabe 1

– Seite 2 –

---

## Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (bitte immer ausfüllen)

a) Der Versicherungsnehmer handelt für  **eigene Rechnung**  **Rechnung eines Dritten**  **Vereinbart wurde eine jährliche Zahlungsweise durch Abbuchung vom Konto des Antragsstellers**  
(Vorname, Name, Anschrift)

b) Identifizierung des Versicherungsnehmers: (Vorname, Name und - soweit im Ausweis vorhanden - Anschrift und, Geburtsdatum,

Ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass  sonstigen Ausweis (Bezeichnung)

Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_ ausstellende Behörde, Ort und Datum \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

---

## Gesundheitserklärung bei Nachversicherung ohne Ereignis

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis zum heutigen Tage weder einen Herzinfarkt erlitten habe, noch mit HIV infiziert (positiver HIV-Test) oder an einem Krebsleiden erkrankt bin.

## Wichtige Hinweise

### Erklärung Einwilligungserklärung

Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person versichern, dass sie die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben.

Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person geben die nachstehend abgedruckten Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Schweigepflichtentbindung ab.

Dieser Antrag mit dem entsprechenden Versorgungsvorschlag wird Bestandteil des Versicherungsvertrages.

## Hinweise zum Widerrufsrecht

### Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Bestimmungen und Informationen zum Vertrag ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Proximus Versicherung, München.

Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) - abweichend von der gesetzlichen Regelung - vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

### Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sie können Ihre Annahmeerklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Diese Frist beginnt aber erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Proximus Versicherung, München.

Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn von dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) - abweichend von der gesetzlichen Regelung - vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Ort, Datum      Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel      Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherter      Stempel, Unterschrift Vermittler  
(bei minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)