

## Risikoprüfungsprotokoll

---

**Risikoprüfungsnummer** *MAXMUS010894SAH*

**Versicherungsprodukte** *BU PROTECT (Rentenhöhe: 1.000 EUR)*

**Datum der Risikoprüfung** *8.10.2024*

**Persönliche Angaben**

Vorname, Name: *Max Musterlehrer*

Geschlecht: *männlich*

Geburtsdatum: *1.8.1994*

Größe: *180 cm*

Gewicht: *75 kg*

Berufliche Tätigkeit: *Gymnasiallehrer*

12 Monate Nichtraucher? *Ja*

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanada von insgesamt mehr als 12 Wochen? *Nein*

Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus? *Nein*

Liegt eine Invalidität oder anerkannte Behinderung vor (MdE, GdB, GdS)? *Nein*

### Genauere medizinische Angaben zur Person

Die in den folgenden Fragen angeführten Diagnosen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle Erkrankungsbegriffe umfassen. Alle Krankheiten oder Beschwerden (insbesondere Diagnosen), die in einer der folgenden Fragen zur Beantwortung mit "ja" führen, sind unmittelbar nach der Entscheidung aufgeführt.

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

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

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

... durch akute oder chronische Infektionskrankheiten (z.B. Covid-19, Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten)?

**Nein**

... des Nervensystems oder des Gehirns (z.B. Epilepsie, Migräne, Multiple Sklerose)?

**Nein**

## Risikoprüfungsprotokoll

---

... der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

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

**Nein**

... der Augen (z. B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe)?

**Nein**

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

**Nein**

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, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt (bitte unten die Diagnose angeben, z.B. Drogenmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit)?

**Nein**

Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 14 Tagen Medikamente ein (bitte unten den Grund der Medikamenteneinnahme angeben)?

**Nein**

Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?

**Nein**

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? (Ausgenommen: akute Erkältungskrankheiten, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/komplikationsfreie Geburt)

**Nein**

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? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten, sowie altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen mit unauffälligem Befund, Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, Mandeln oder der Nasenscheidewand gemacht werden.)

**Nein**

---

## Entscheidung

---

### **BU PROTECT: Annahme**

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Fragen vollständig und richtig beantwortet haben und Ihre Angaben zutreffend erfasst wurden, 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.

## Risikoprüfungsprotokoll

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift zu versichernde Person