



Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.

Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Erklärungen der versicherten Person/des versicherten Kindes

(RFT1 21)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit **Ja** oder **Nein**.

Ja Nein

Ausgeübte Tätigkeit

Welche Tätigkeit übt das versicherte Kind aus?	Schüler/in Grundschule	
--	------------------------	--

Freizeitrisiko

Geht das zu versichernde Kind in der Freizeit gefährlichen Hobbys nach (z. B. Kampf-, Reit-, Rad-, Motor- oder Klettersport) bzw. nimmt es an Wettbewerben teil? Falls ja, welchen?	☐	☐

Auslandsaufenthalt

Sind für das zu versichernde Kind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten (Erläuterung siehe Folgeseiten) vorgesehen? Falls ja, wo, Zeitraum und Grund?	☐	☐

Gesamtversicherungsschutz

Wurden in den letzten 5 Jahren für das zu versichernde Kind Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-, Erwerbsausfall- oder Pflegerenten-Versicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?	☐	☐
Falls ja, weshalb?		
Wann? Bei welchem Unternehmen?		
Bestehen bereits Versicherungen auf das Leben des zu versichernden Kindes (einschließlich Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Dread-Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt?	☐	☐
Art der Versicherung?		
Bei welchem Unternehmen? Wann?		
Höhe der Versicherungssumme?		EUR
Höhe der jährlichen Rente aus einer Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerenten-Versicherung?		EUR
Höhe der Dread-Disease-Leistung? ☐ Jährliche Rente ☐ Kapitalleistung		EUR



Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit **Ja** oder **Nein**.

Für alle folgenden Fragen gilt:

Nicht angegeben werden müssen (in abschließender Aufzählung) Behandlungen und Medikamenteneinnahmen wegen:

- Magen-, Darm- und Harnwegsinfekten, die folgenlos ausgeheilt sind
- Pilzkrankungen (z.B. Nagelpilz, Fußpilz)
- Zahnärztlicher Behandlungen
- Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausgeheilt sind (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt)
- Operationen ohne Komplikationen und Folgen an Blinddarm, Mandeln oder Nasenscheidewand
- Evtl. vorbeugend durchgeführter Gentests

Die in Klammern genannten Beispiele dienen zur Hilfestellung und Orientierung, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern.

Ja Nein

Körpermaße

Körpergröße		cm	Gewicht		kg
-------------	----------------------	----	---------	----------------------	----

Gesundheit

Abfragezeitraum 12 Monate		
1. Wurden für das zu versichernde Kind in den letzten 12 Monaten verschreibungspflichtige Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben, Spritzen, Infusionen, Sprays oder medizinische Säfte) verordnet bzw. eingenommen?		☐ ☐
Welche? Wann? Weshalb?		
2. War das zu versichernde Kind in den letzten 12 Monaten ununterbrochen mehr als 14 Tage aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage den Kindergarten oder die Schule zu besuchen?		☐ ☐
Abfragezeitraum 3 Jahre:		
3. Bestehen oder bestanden bei dem zu versichernden Kind in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten oder Funktionsstörungen oder wurde es durch Ärzte oder andere Behandler (z.B. Heilpraktiker, Ergotherapeuten, Logopäden, Osteopathen, Psychotherapeuten) untersucht oder behandelt bzw. erfolgte eine Behandlung, die folgende Aufzählungen betreffen:		
a) des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?		☐ ☐
b) der Lunge, Bronchien, Luftröhre (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Mukoviszidose) oder der Haut oder Allergien (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar- oder Nahrungsmittelallergie)?		☐ ☐
c) des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Anämie, Gerinnungsstörung)?		☐ ☐
d) des Gehirns, Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen)?		☐ ☐
e) Funktionsstörung bzw. -einschränkung des Bewegungsapparates (z. B. Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Hüftdysplasie, Morbus Scheuermann)?		☐ ☐
f) Funktionsstörung bzw. -einschränkung der Organe/ Sinnesorgane (z. B. Hörminderung, Fehlsichtigkeit mehr als 8 Dioptrien, Gleichgewichtsstörungen)?		☐ ☐
g) der Psyche (z.B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, psychosomatische Störung, Essstörung, Autismus), Therapie wegen Verhaltensauffälligkeiten/ Sprachstörungen?		☐ ☐
Abfragezeitraum 5 Jahre:		
4. Bestehen oder bestanden bei dem zu versichernden Kind in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen oder wurde es durch Ärzte oder andere Behandler (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht oder behandelt bzw. erfolgte eine Beratung, die folgende Aufzählungen betreffen:		
a) Erkrankungen des Immunsystems (z. B. Rheuma, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Lupus)?		☐ ☐
b) bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Tumore des zentralen Nervensystems, Lymphome, Knochentumore, Leukämie), schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B oder C, HIV, Tuberkulose, Borreliose), Selbsttötungsversuch?		☐ ☐
5. Hatte das zu versichernde Kind in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder Aufenthalte in einer Kinder-Reha-Einrichtung oder sind solche geplant?		☐ ☐
6. Bestand in den letzten 5 Jahren bei dem zu versichernden Kind ein sonderpädagogischer Förderbedarf (z.B. im Bereich Lernen, geistige Entwicklung, emotionale und soziale Entwicklung, Sprache, körperliche oder motorische Entwicklung)?		☐ ☐