

## e-Votum - Risikovorfrage

Risikoprüfungs-Nr. 8489923

### Persönliche Daten

Versicherter	Frau Vilma Finanztip
Geburtsdatum	01.01.1986
Berufsstellung	Angestellte
Derzeit ausgeübter Beruf	Messtechnikerin
Vorhandene Qualifikation	technische Ausbildung
Anteil der Bürotätigkeit	25 - 49 %
Personalverantwortung	keine
Raucherstatus	Nichtraucher

### Gewünschte Absicherung

- Berufsunfähigkeit

### Medizinisches Risiko

Wie groß und schwer sind Sie?

Größe	170 cm
Gewicht	60 kg
BMI	21

Welche Erkrankung wollen Sie prüfen?

<b>Kreuzbandriss</b>	
Ist die Behandlung abgeschlossen?	Ja
Wurde aufgrund der Verletzung eine Sehnennaht oder ein Kreuzbandersatz durchgeführt?	Nein
Wie häufig trat die Verletzung auf?	Einmalig auf einer Seite
Sind die Kniegelenke jetzt vollständig beschwerdefrei und wieder voll belastbar?	Ja
Welche Seite war oder ist betroffen?	Rechtes Kniegelenk

### Votum

Die Prüfung hat folgendes Votum ergeben:

#### Berufsunfähigkeitsabsicherung

- Leistungsausschluss für medizinisches Risiko

Folgende gesundheitliche Beeinträchtigung ist nicht mitversichert:

- Beschwerden und Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Kniegelenkes

Bei Beurteilung des Grades der Berufsunfähigkeit wird so verfahren, als ob diese gesundheitliche Beeinträchtigung nicht besteht.

**An die maschinell getroffene Entscheidung, die anhand der vorliegenden Angaben erfolgte, halten wir uns einen Monat (von heute ab) gebunden. Änderungen des Gesundheitszustandes sind davon ausgenommen.**

**Sie haben das Recht, die maschinell getroffene Entscheidung von einem Mitarbeiter der ALTE LEIPZIGER überprüfen zu lassen.**

Berechnung vom 06.06.2021, 12:41 Uhr

(Programmversion 8.7.1)

**Eine vollständige Risikoprüfung erfolgt erst bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung. Bitte beantworten Sie dazu alle in diesem Zusammenhang gestellten Fragen im Antrag und fügen Sie diese Risikovorabfrage bei.**

**Es können ggf. ärztliche Untersuchungen, ärztliche Berichte und weitere Unterlagen (auch Bonitätsunterlagen) erforderlich werden (z.B. bei Überschreiten von Grenzbestimmungen), die wir bei Antragstellung anfordern.**

---

### **Wichtige Hinweise und Unterschrift**

---

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die »Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung« und »Erklärungen und Hinweise« im Antrag. Die Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil Ihres Antrags bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthalten insbesondere die **Hinweise zum Datenschutz**.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherter
------------	---------------------------

x