

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden. Falls Sie Fragen falsch oder unvollständig beantworten, können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.**

**Wir machen den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig.** Unter einem "prädiktiven Gentest" versteht man die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen. Liegen bereits Befunde aus prädiktiven Gentests vor, müssen sie erst ab einer Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. Jahresrente von mehr als 30.000 Euro (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen aller Art bei Swiss Life und anderen Lebensversicherern) offen gelegt werden.

**- Wenn kein separater Hinweis gegeben, bitte alle Fragen beantworten -**

## A. Allgemeine Fragen

1. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Wenn ja, welche?

(Bitte genaue Angaben über Umfang und Dauer der gewünschten Vereinbarung)

**Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen**

2. Vorversicherungen bzw. weitere Anträge bei Swiss Life

ja  nein

Versicherungsnummer, falls bekannt

## B. Fragen zur persönlichen Situation

1. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- (Zusatz-), Grundfähigkeits- oder Schwere-Krankheiten-Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden?

ja  nein

Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Vorversicherung ausfüllen

2. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko\*, Chemikalien, radioaktive Stoffe/-Strahlen\*, Aufenthalt in Krisengebieten\*) bei Sport oder Hobby (z.B. Flugsport\* aller Art, Motorsport\* mit Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit, Bergsport\*, Tauchsport\*, Kampfsport\* oder andere Extremsportarten) ausgesetzt?  
\* Wenn ja, bitte Fragebogen berücksichtigen

ja  nein

Wenn ja, welchen?

3. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?

ja  nein

Wo, Zeitraum, Grund?

Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Auslandsaufenthalt ausfüllen

4. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?

ja  nein

Wenn ja, welche?

5. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)

ja  nein

Wenn ja, aufgrund welchen Leidens?

6. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und der Erkrankung beifügen)

ja  nein

7. Körpergröße in cm

Gewicht in kg

8. Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?

Name

Vollständige Anschrift / Fachrichtung

\* Wenn ja, bitte zusätzlich den jeweiligen Fragebogen ausfüllen, den wir Ihnen gerne zuschicken. Oder Sie nutzen unser Formular-Center auf unserer Website [www.swisslife.de](http://www.swisslife.de) (Menüpunkt Kundenservice). Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

**C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung** (Wenn eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantwortet wird, bitte unter D. angeben)

Hinweis: Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen sämtliche Beschwerden und Krankheiten an. Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung. Sie sind nicht abschließend.

1. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?  ja  nein
2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb **der letzten 10 Jahre** Betäubungsmittel oder Drogen ein?  ja  nein
3. Werden oder wurden Sie innerhalb **der letzten 10 Jahre** wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?  ja  nein
4. Haben Sie innerhalb **der letzten 10 Jahre** einen Selbsttötungsversuch\* unternommen?  ja  nein Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Psyche berücksichtigen
5. Haben in den **letzten 10 Jahren** Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  ja  nein
6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktiker, Psycho-/Physiotherapeuten) untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen:
- a) des **Herzens**, des **Kreislaufs** oder der **Gefäße** (z.B. Bluthochdruck\*, Herzinfarkt, Venenleiden, Thrombose, Schlaganfall, Koronare Herzkrankheit, Herzfehler, Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Embolie)?  ja  nein
- b) der **Lunge**, **Bronchien**, **Zwerchfell** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma\*, Atemwegsprobleme)?  ja  nein
- c) an **Magen**, **Darm**, **Galle**, **Bauchspeicheldrüse**, **Leber** (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?  ja  nein
- d) an **Harn- und Geschlechtsorgane** (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Zystenniere, Nierenentzündung, Auffälligkeiten im Urin (Blut, Eiweiß), auffälliger PAP-Abstrich, Zysten, Brustknoten, erhöhter PSA-Wert, Gebärmutter und Eierstöcke, Brust)?  ja  nein
- e) des **Stoffwechsels** oder des **Hormonhaushalts** (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse\*)?  ja  nein
- f) der **Blut bildenden Organe**, **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)?  ja  nein
- g) akute oder chronische **Infektionen** (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)?  ja  nein
- h) der **Psyche\*** (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung, ...)?  ja  nein
- i) des **Gehirns oder Nervensystems** (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne\*)?  ja  nein
- j) der **Wirbelsäule\***, **Bandscheibe** (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)  ja  nein
- k) der **Knochen**, **Gelenke\***, **Bänder\***, **Sehnen\***, (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)?  ja  nein
- l) der **Haut\***, **Allergien\*** (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?  ja  nein
- m) der **Augen**: Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien (bei Lasik Dioptrien vor Operation angeben)?  ja  nein  
andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)?  ja  nein links rechts
- n) an **Hals**, **Nase** oder **Ohren** (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?  ja  nein
7. Liegen oder lagen innerhalb der letzten 5 Jahre weitere, noch nicht genannte, behandlungsbedürftige Erkrankung oder Beschwerden vor, wegen denen Sie in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe waren (z.B. bei Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten) oder fanden Untersuchungen statt oder beabsichtigen Sie, sich in Behandlung zu begeben?  ja  nein
8. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** oder nehmen Sie regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen apothekenpflichtige Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung?
9. Waren Sie **in den letzten 3 Jahren** mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitsunfähig?  ja  nein
10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörung, Sehstörung, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche.  ja  nein

\* Wenn ja, bitte zusätzlich den jeweiligen Fragebogen ausfüllen, den wir Ihnen gerne zuschicken. Oder Sie nutzen unser Formular-Center auf unserer Website [www.swisslife.de](http://www.swisslife.de) (Menüpunkt Kundenservice). Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

Versicherte Person, Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

**- wenn kein separater Hinweis gegeben, bitte alle Fragen beantworten -**

## Zusatzfragen, wenn die Versicherte Person unter 15 Jahre alt ist

11. Wurden in den letzten 10 Jahren mehr als 6 Wochen anhaltende psychologische, psychotherapeutische, krankengymnastische, oder ergotherapeutische Behandlungen durchgeführt, waren solche angeraten oder sind derzeit geplant?  ja  nein
12. Wurden in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische Beratungen bei sozialen oder schulischen Einrichtungen durchgeführt oder sind solche angeraten?  ja  nein
13. War in den letzten 10 Jahren eine besondere Förderung (z.B. sonderpädagogische Maßnahmen) wegen Lernschwierigkeiten, Teilleistungsschwächen, Sprachstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich?  ja  nein
14. Besteht eine Fehlsichtigkeit von mehr als -4 Dioptrien?  ja  nein
15. Kam es in den letzten 5 Jahren zu schulischen Fehlzeiten von zusammenhängend mehr als 14 Kalendertagen?  ja  nein

## Zusatzfragen, wenn garantierte Kapitaleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit ab 24.001 Euro beantragt wird

16. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind?  ja  nein  
Falls ja, welche Erkrankungen und in welchem Alter? (KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)

**D. Wenn eine der Gesundheitsfragen (C.) mit Ja beantwortet wird, sind Angaben zu Art und Dauer der Erkrankung, Untersuchung, Behandlung, Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung sowie die Arzt-/ Heilbehandler-/Therapeuten-Anschrift erforderlich. Ausführliche Erläuterungen ersparen Rückfragen.**

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folge z.B. Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange? Ausgeheilt? Folgen noch vorhanden?	Name und Vorname der behandelnden Ärzte, Therapeuten oder Heilbehandler, Bezeichnung der Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigelegt, das vom Versicherungsnehmer/-in und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

## **E. Berufliche Tätigkeit - immer zu beantworten**

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

1. Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Branche

angestellt  selbstständig  Beamter/-anw.

Studiengang/Semester

ja  nein

2. Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)?

3. Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?

\* Wenn ja, bitte zusätzlich den jeweiligen Fragebogen ausfüllen, den wir Ihnen gerne zuschicken. Oder Sie nutzen unser Formular-Center auf unserer Website [www.swisslife.de](http://www.swisslife.de) (Menüpunkt Kundenservice). Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

