

- ☐ **Risikovorfrage**
- ☐ **Antrag Baloise RisikoVersicherung**

(A) Allgemeine Angaben der zu versichernden Person

1. Jetzige Berufstätigkeit
☐ Schüler ☐ Auszubildender ☐ Student ☐ Sonstige Tätigkeit
☐ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ selbstständig seit
2. Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen (inklusive Urlaubs- und Weihnachtsgeld), bei Freiberuflern/Selbständigen der Gewinn vor Steuern? EUR
3. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?
Land, Zeitraum, Zweck ☐ ja ☐ nein
4. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
 - a) im Beruf (z.B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?
Art der Gefahren ☐ ja ☐ nein
 - b) in der Freizeit (z.B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Pferderennen, Flugsport aller Art, Motorsport, aktives Fahren von motorisierten Zweirädern ab 125 ccm, Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?
Art der Gefahren ☐ ja ☐ nein
5. Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits Lebensversicherungen mit Todesfallschutz, haben Sie solche beantragt oder wurden diese in den letzten 3 Jahren nur zu erschwerten Bedingungen (z.B. mit Zuschlag) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ☐ ja ☐ nein
Gesellschaft/Todesfallsumme (Normalannahme? Risikozuschlag? Zurückstellung? Ablehnung?)

Zu einigen Berufen und Hobbys benötigen wir Zusatzklärungen. Bitte füllen Sie diese gegebenenfalls mit Ihrem Vermittler aus.

Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 12 Monaten geraucht oder gedampft? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 10 Jahren geraucht oder gedampft?
(z.B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, Wasserpfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Pfeife, E-Shisha oder auch andere nikotinhaltige Produkte) ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, beachten Sie bitte die Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher auf Seite 11.

(B) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm Gewicht in kg

Abfragezeitraum 12 Monate:

2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (z.B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apotheken- und/oder verschreibungspflichtige Medikamente (z.B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen) oder wurden Ihnen solche verordnet? ☐ ja ☐ nein

Abfragezeitraum 5 Jahre:

3. Sind Sie aktuell oder waren Sie aufgrund der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Therapeuten oder medizinischen Einrichtungen in Beratung, Behandlung, Untersuchung, wurde Ihnen dieses angeraten oder ist Derartiges geplant?

Bitte geben Sie auch Erkrankungen und Beschwerden unter den folgenden Punkten an, wenn Sie sich bis dato nicht in Behandlung, Beratung oder Untersuchung befunden haben:

a) der Psyche (z.B. Burnout-Syndrom, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Suizidversuch) ☐ ja ☐ nein

b) des Nervensystems und Gehirns (z.B. Schlaganfall, Migräne, Spannungskopfschmerz, Verletzungen des Gehirns, Lähmungen, Missempfindungen, Epilepsie) ☐ ja ☐ nein

c) der Atemwege (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Funktionseinschränkungen der Lunge, Schlaf-Apnoe-Syndrom) ☐ ja ☐ nein

d) des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Embolien, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzinfarkt, Krampfadern, Lymphödem) ☐ ja ☐ nein

e) des Stoffwechsels (z.B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes, Über- und Unterfunktion der Schilddrüse) ☐ ja ☐ nein

f) der Verdauungsorgane (z.B. chronische Durchfälle, chronische Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Sodbrennen, Leberwerterhöhungen, Lebervergrößerung) ☐ ja ☐ nein

g) der Nieren, Harn- und/oder Geschlechtsorgane (z.B. auffällige Nierenwerte, chronische Nierenentzündung, auffällige Urinbefunde, Prostatavergrößerung, kontrollpflichtige Veränderungen in Vorsorgeuntersuchungen) ☐ ja ☐ nein

h) des Blutes und/oder der blutbildenden Organe (z.B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Vergrößerungen der Milz) ☐ ja ☐ nein

i) gutartige Tumore (z.B. Knoten, Wucherungen oder kontrollbedürftige Neubildungen (u.a. Brustknoten, Hautknoten, Meningeome, Adenome) und/oder bösartige Tumore (z.B. Hautkrebs, Brustkrebs, Lymphdrüsenkrebs, Schilddrüsenkrebs, Prostatakrebs, Blutkrebs) ☐ ja ☐ nein

4. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? ☐ ja ☐ nein

Abfragezeitraum 10 Jahre:

5. Sind oder waren Sie aufgrund der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten 10 Jahren bei Ärzten, Therapeuten oder medizinischen Einrichtungen in Beratung, Behandlung, Untersuchung, wurde Ihnen diese angeraten oder ist Derartiges geplant?

a) des Immunsystems (z.B. Rheuma, chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, primär biliäre Zirrhose, Lupus erythematoses) ☐ ja ☐ nein

b) schwere Infektionen (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis) ☐ ja ☐ nein

6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung der medizinischen Versorgung beraten, behandelt oder untersucht? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden) ☐ ja ☐ nein

Ergänzende Angaben

7. Erhalten/erhielten oder beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor? (Wenn ja: bitte fügen Sie den Rentenbescheid mit Begründungsteil in Kopie bei)

☐ ja ☐ nein

8. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt (B) mit „ja“ beantwortet haben (z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

8. a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

8. b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?