

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und können auch rückwirkend zum Vertragsrücktritt, zur Kündigung oder zu Vertragsanpassungen führen. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie dazu die „Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ im Antrag.

(B) Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person

1. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?
Land, Zeitraum, Zweck ja nein
2. 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, Pferdesport, Flugsport aller Art, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?
Art der Gefahren ja nein

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

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

(z. B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, Wasserpfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Pfeife, E-Shisha oder auch andere nikotinhaltige Produkte)

ja nein

(C) 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
2. Wurden Ihnen **in den letzten 12 Monaten** apotheken- und/oder verschreibungspflichtige Medikamente verordnet, verabreicht oder empfohlen? (Erkältungsmittel, die Pille oder Vitaminpräparate müssen nicht genannt werden) ja nein
3. Waren Sie **in den letzten 2 Jahren** mehr als zwei Wochen zusammenhängend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen oder sind Sie **aktuell** arbeitsunfähig? ja nein
4. Bitte geben Sie an, ob Sie **in den letzten 5 Jahren** Erkrankungen oder **in den letzten 6 Monaten** Beschwerden haben/hatten und/oder deswegen Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen bei Ärzten, Heilpraktikern oder nichtärztlichen Therapeuten stattfinden/stattgefunden haben oder diese **derzeit geplant** sind. (Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund, zahnärztliche Behandlungen, akute und ausgeheilte Atemwegs-, Magen-, Darm-, Harnwegsinfekte, folgenlose Impfungen, folgenlose Blinddarmentfernungen, folgenlose Bänderdehnungen/-zerrungen müssen nicht genannt werden)
- a) Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Rückenschmerzen, Gelenkschäden, Unfallfolgen) ja nein
- b) Psychische Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. Burn-out, Depressionen, Angststörungen, berufliche und/oder private Belastungssituationen) ja nein
- c) Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Thrombosen) ja nein
- d) Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems (z.B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen) ja nein
- e) Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridwerte, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
- f) Erkrankungen der Verdauungsorgane (z.B. Lebervergrößerung, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen) ja nein
- g) Erkrankungen der Nieren (z.B. Niereninsuffizienz, Zystennieren, Lupus erythematodes) ja nein
- h) Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, nicht sicher gutartige Hautbefunde) ja nein
- i) Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Epilepsie, Migräne) ja nein
- j) Allergien, Haut- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Ekzem, Schlafapnoe) ja nein
- k) Infektionen (z.B. Hepatitis, HIV) ja nein
- l) Beeinträchtigungen der Sinnesorgane (z.B. dauerhafte Hörminderung, Tinnitus, Fehlsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien) ja nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie **in den letzten 5 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? ja nein
6. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** für mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung oder ist ein Aufenthalt **innerhalb der nächsten 6 Monate** geplant oder angeraten? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden) ja nein
7. Erhalten, erhielten oder beantrag(t)en Sie **in den letzten 5 Jahren** eine Rente wegen Erwerbs-, Berufs- oder Grundunfähigkeit, einer Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor? Bitte fügen Sie Kopien der Bescheide bei (Rentenbescheid mit Begründungsteil, GdB-Feststellungs- oder Ablehnungsbescheid, Schwerbehindertenausweis). ja nein
8. **Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie mit „ja“ beantwortet haben** (z.B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

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

b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente über EUR 36.000,- ist die Angabe unentbehrlich.