

18 Beitragsrelevante Zusatzfragen

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Versicherte Person = VP

Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort)			
Rauchgewohnheiten *	Nichtraucher, seit mindestens 10 Jahren	Nichtraucher, seit mindestens 12 Monaten	Raucher

Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat.
 Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten ist, wer seit mindestens 12 Monaten, aber weniger als 10 Jahre vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat.
 Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigen Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielweise E-Zigaretten.
 Bitte beachten Sie, dass der Beginn des Rauchens nach Vertragsabschluss eine Gefaherrhöhung darstellt und uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen ist.

19 Angaben zur Risikobeurteilung der VP

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die Delta Direkt nach.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

15.1	Bestehen bereits Absicherungen für den Todesfall und/oder sind weitere beantragt bzw. Antragsstellungen vorge-sehen? *	Ja	Nein
15.2	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge für Versicherungen zur Todesfallabsicherung oder Berufsunfähig-keitsabsicherung abgelehnt oder mit Erschwerungen angenommen? *	Ja	Nein
15.3	Werden bestehende Absicherungen für den Todesfall aufgehoben? *	Ja	Nein
15.4	Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als dreimonatigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU? * (Aufenthalte in Nordamerika, Norwegen, Schweiz oder Großbritannien müssen nicht angegeben werden)	Ja	Nein
15.5	Wird eine der folgenden Sportarten ausgeübt?		
15.5.1	Motorsport (z.B. Motocross, Rallye, Rundstreckenrennen) *	Ja	Nein
15.5.2	Bergsport (z.B. Bergsteigen, Downhill, Klettern) *	Ja	Nein
15.5.3	Flugsport (z.B. Fallschirmspringen, Paragliding, Segelflug) *	Ja	Nein
15.5.4	Tauchsport (z.B. Pressluft-, Apnoe-, Mischgastauchen) *	Ja	Nein
15.5.5	Wassersport (z.B. Kajak, Kitesurfen, Segeln) *	Ja	Nein
15.5.6	Reitsport (z.B. Dressur, Military, Springreiten) *	Ja	Nein
15.5.7	Kampfsport (z.B. Boxen, Judo, Karate) *	Ja	Nein
15.5.8	Sonstige Sportarten (z.B. Kraftsport, Parkour) *	Ja	Nein

Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der VP, die mit "Ja" beantwortet wurden

zu Ziffern 15.1 - 15.3: Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen)
zu Ziffer 15.4: Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes?
zu Ziffer 15.5: Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?
Weitere Informationen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. Ein gesondertes Schreiben mit <input type="text"/> Seiten wird unterschrieben beigefügt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die Delta Direkt nach.

Pflichtfelder sind durch * und farblich gekennzeichnet

20 Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Nicht zu beantworten bei einer Versicherungssumme ab 500.001 Euro (gilt für RL1) bzw. ab 600.001 Euro (gilt für RL3 und RL4).

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

16.1	Körpergröße in cm *	Gewicht in kg *		
16.2	Wurden Ihnen innerhalb der letzten 5 Jahre für länger als 2 Wochen fortdauernd verschreibungspflichtige Medikamente verordnet? *		Ja	Nein
	<small>(Nicht angegeben werden müssen: Empfängnisverhütung, Behandlungen von Atemwegs-, Magen-/Darm- oder Harnwegsinfekten)</small>			
16.3	Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre übliche Tätigkeit (berufliche Tätigkeit, Studium, Teilnahme am Schulunterricht oder Schulsport) auszuüben oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage? *		Ja	Nein
	<small>(Nicht angegeben werden müssen: Atemwegs-, Magen-/Darm- oder Harnwegsinfekte, Verletzungen an Knochen, Bändern oder Sehnen)</small>			
16.4	Haben innerhalb der letzten 5 Jahre stationäre Krankenhaus- oder Rehaaufenthalte stattgefunden bzw. sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich angeraten oder vorgesehen? *		Ja	Nein
	<small>(Nicht angegeben werden müssen: Entbindungen, Atemwegs-, Magen-/Darm- oder Harnwegsinfekte, Verletzungen an Knochen, Bändern oder Sehnen)</small>			
16.5	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in der gleichen Angelegenheit mehr als 3 mal medizinisch behandelt oder untersucht? *		Ja	Nein
	<small>(Nicht angegeben werden müssen: zahnärztliche Behandlungen, Vorsorgeuntersuchungen, Atemwegs-, Magen-/Darm- oder Harnwegsinfekte, Heuschnupfen, Verletzungen an Knochen, Bändern oder Sehnen)</small>			
16.6	Wurden bei Ihnen im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen, Ultraschall, EKG) innerhalb der letzten 2 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Befunde festgestellt *		Ja	Nein
16.7	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt? *		Ja	Nein
16.8	Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? *		Ja	Nein
16.9	Wurde bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung (z.B. Leukämie, Lymphome, bösartiger Tumor) oder eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt? *		Ja	Nein
16.10	Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen festgestellt: Herzerkrankung, Nierenerkrankung, Lebererkrankung, Diabetes oder Depressionen? *		Ja	Nein

Welche/-er Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung

Näheres zu den Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (rechts/links) Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (rechts/links) Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. Ein gesondertes Schreiben mit _____ Seiten wird unterschrieben beigelegt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die Delta Direkt nach.