

Normale Gesundheitsprüfung

Wichtige Fragen an die 1. versicherte Person

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz und erhalten unter Umständen keine Leistung. Bei nicht wahrheitsgemäßen oder nicht vollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen – je nach Verschulden. Beachten Sie hierzu bitte die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie uns gerne auch direkt mitteilen: Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund; Fax: 0231/22950-495.

Allgemeine Fragen

Ihr aktueller Beruf _____

Ihre Größe _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Ihr Rauchverhalten

Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren

Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten

Raucher von zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, oder Dampfer von zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas

Haben Sie Hobbys, bei denen die Gefahr von Unfällen oder Verletzungen erhöht ist? Nein Ja

Hierzu gehören zum Beispiel Kampfsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport oder Extremsport.

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte Ihre Hobbys:

Zu einigen Hobbys gibt es Fragebögen. Trifft das auf Ihr Hobby zu, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den entsprechenden Fragebogen aus.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wurde Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** für einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament verschrieben bzw. haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament eingenommen oder nehmen Sie aktuell ein Medikament ein? Nein Ja

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme:

Nicht angeben müssen Sie Verhütungs-, Schilddrüsen-, Heuschnupfen- oder Erkältungsmittel.

2. Wurden bei Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** behandlungsbedürftige oder kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Befunde von bereits durchgeführten Untersuchungen aus? Nein Ja

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt, den Grund und gegebenenfalls den Befund:

Nicht angeben müssen Sie Zahnarztbehandlungen, Schwangerschaftsuntersuchungen oder Untersuchungen wegen Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse, Allergien, Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte.

3. Wurden Sie in den **vergangenen 3 Jahren** wegen der gleichen Erkrankung **mindestens zweimal innerhalb von 12 Monaten** beraten, behandelt oder untersucht? Nein Ja

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt, den Grund und gegebenenfalls den Befund:

Anzugeben sind auch jegliche Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Alkohol oder Drogen.

Nicht angeben müssen Sie Zahnarztbehandlungen, Untersuchungen wegen Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse, Heuschnupfen, Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte. Schwangerschaften sind keine Erkrankungen und nicht anzugeben.

4. **Bestehen** oder **bestanden** bei Ihnen in den **vergangenen 3 Jahren** chronische Erkrankungen oder besteht bei Ihnen eine HIV-Infektion oder eine Hepatitis-Infektion? Nein Ja

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt und den Befund:

5. Befanden Sie sich in den **vergangenen 5 Jahren** in einer stationären Behandlung? Nein Ja

Falls „Ja“, machen Sie bitte nähere Angaben:

Nicht angeben müssen Sie Entbindungen oder grippale Infekte.

**Es soll eine Todesfallabsicherung von mehr als 500.000 Euro vereinbart werden?
Dann beantworten Sie bitte zusätzlich diese Frage:**

Aus welchem Grund beantragen Sie die Versicherung **RÜCKHALT**?