

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 5 Jahre:

1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:

- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem/Schwellungen, Schlaganfall)? Nein Ja
- b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, Covid-19, COPD/chronisch obstruktive Lungenerkrankung)? Nein Ja
- c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen/Krampfadern der Speiseröhre)? Nein Ja
- d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)? Nein Ja
- e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)? Nein Ja
- f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Schilddrüsenknoten)? Nein Ja
- g) akuter oder chronischer Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)? Nein Ja
- h) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)? Nein Ja
- i) des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)? Nein Ja

Wichtig: Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, so machen Sie bitte dazu genauere Angaben (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Nähere Angaben zu Frage:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar: _____

Nähere Angaben zu Frage:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar: _____

Nähere Angaben zu Frage:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar: _____

2. Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Nein Ja

Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar: _____

3. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Weshalb?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Welche Medikamente?

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmittel beraten oder behandelt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Betäubungsmittel oder Drogen?
- Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Grund für die Kontrolle/Nachsorge?
- Welche Grunderkrankung/Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?

Die folgende Frage bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 10 Jahre:

6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
- Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

- Bestehen noch Beschwerden und /oder Folgen?

Nein Ja, und zwar:

Allgemeine Fragen zur Gesundheit:

7. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) oder besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Gesundheitsstörungen?
- Welcher Grad der Störungen?

8. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben:

Größe: cm

Gewicht: kg

9. Sind Sie Nichtraucher? (Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung.)

- Ja, ich habe noch nie geraucht.
- Ja, seit mind. 10 Jahren.
- Ja, seit mind. 3 Jahren.
- Ja, seit mind. 12 Monaten.
- Nein, ich bin Raucher.

Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/
E-Zigaretten rauchen Sie im Schnitt täglich?

Stück

10. Welcher Arzt kann am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben (z. B. Hausarzt)?

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes an:

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten:

11. Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt?

Nein Ja

Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welcher Art?

12. Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate in das außereuropäische Ausland reisen?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Wann und wohin?

Fragen zu bestehenden Vorversicherungen:

13. Bestehen bei der Hannoverschen Leben oder bei anderen Gesellschaften bereits Lebensversicherungen oder haben Sie solche beantragt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Bei welcher Gesellschaft?
– Höhe der Todesfallsumme?

Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Gentests

Unter Gentests versteht man die vorhersagende Untersuchung der DNA, RNA oder der Chromosomen eines Gesunden, die auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Genproduktanalyse sowie diagnostische genetische Untersuchungen zur Abklärung von Krankheiten oder Medikamentenverträglichkeiten. Nach den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes dürfen wir von Versicherten weder vor noch nach Abschluss eines Versicherungsvertrages

- die Vornahme genetischer Untersuchungen und Analysen (Gentests) verlangen,
- die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen verlangen oder solche Ergebnisse entgegennehmen oder verwenden. Ausnahmen vom Mitteilungs- und Verwendungsverbot bereits vorliegender Ergebnisse gelten für den Abschluss von Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wenn die versicherte Leistung 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente 30.000 EUR übersteigt. Unabhängig davon sind aber Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen.