

Erklärung der zu versichernden Person (siehe auch die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Anhang)

Nachfolgend stellen wir Ihnen einige Fragen, um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko besser abschätzen zu können. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung dieser Fragen Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und geben Sie alle Ihnen bekannten Sachverhalte – dazu zählen auch Umstände, die für Sie eventuell keine oder nur eine geringe Bedeutung haben – zu jeder der gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich an. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann Rechtsfolgen haben, wie Rücktritt oder Anfechtung des Vertrages oder Verweigerung der beantragten Leistung.

Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbeispiele umfassen. Die Beispiele haben deshalb keinen abschließenden Charakter. Eventuell durchgeführte prädiagnostische Gentests müssen hier nicht angegeben werden (Näheres siehe unter Hinweise „Prädiktiver Gentest“).

1. Fahren Sie ein auf Sie zugelassenes Motorrad oder Quad ab 125 ccm?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Betreiben Sie eine der folgenden Risiko-Sportarten : Auto- oder Motorradsport, Kampfsport, Tauchen, Bergsport (z. B. Klettersteigbegehungen, Bergsteigen), Extremsport (z. B. Canyoning, Skydiving, Base-Jumping, Speed-Flying, Heli-Skiing, Kitesurfen), Flug- oder Luftsport (z. B. Fallschirmspringen, Kunstflüge, Gleitschirm/Segelfliegen) oder andere Risiko-Sportarten? Genaue Angaben: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte in außereuropäischen Ländern oder Krisengebieten ? Wohin: _____ Dauer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Wurden in den letzten 5 Jahren bereits andere Lebensversicherungen abgeschlossen? Name der Gesellschaft: _____ (Gesamt)-Höhe der Vorversicherung(en): _____ EUR Annahme zu normalen Konditionen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsfragen

Bitte geben Sie hier ALLE im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- und Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationäre Aufenthalte an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. dem Behandlungserfolg.

5. Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an: Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____	
6. Sind Sie derzeit Raucher oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht bzw. in den letzten 10 Jahren geraucht ? (Als Rauchen zählt auch der Konsum von E-Zigarretten, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeife/Shisha, Schnupftabak, Oraltabak) <input type="checkbox"/> Ich bin Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren/ich habe noch nie geraucht <input type="checkbox"/> Ich bin Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten <input type="checkbox"/> Ich bin Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 12 Monate

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (zum Beispiel einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen oder wurden Ihnen solche verordnet? Nicht anzugeben sind: Verhütungsmittel, Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 3 Jahre

8. Wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren behandlungs- / kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Ergebnisse von bereits durchgeführten oder noch durchzuführenden Untersuchungen aus? Nicht anzugeben sind: Schwangerschaftsvorsorgen, Magen-Darm-Infekte, grippale Infekte, Verletzungen des Bewegungsapparates inkl. Muskeln, Sehnen und Bänder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren chronische Erkrankungen und/oder wurde eine Infektion festgestellt? Auch anzugeben sind Beratungen, Behandlungen, Untersuchungen, welche diesbezüglich ggf. stattgefunden haben. z.B. Hepatitis B/C, HIV, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Herz-/Kreislaufkrankungen, Rheuma, Asthma, Covid-19, Long-Covid-Syndrom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 5 Jahre

10. Befinden oder befanden Sie sich in den letzten 5 Jahren :	
a) mehr als 3 x im Jahr aufgrund derselben Erkrankung und/oder Beschwerden in ärztlicher Untersuchung, Beratung oder Behandlung oder wurde Ihnen dieses angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) bei einem Arzt, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung aufgrund psychischer und/oder psychosomatischer Beschwerden , z. B. Angststörungen, AD(H)S, Depressionen, psychosomatische Störungen, Bulimie, Essstörung, Suizidversuch, Burnout?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) in ärztlicher Behandlung oder Beratung aufgrund der Einnahme von Drogen, Betäubungs- / Rauschmittel bzw. wegen der Folgen von Alkoholgenuss oder Alkoholabhängigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus , einer Rehabilitationsklinik , einer Entzugsklinik oder anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung untersucht, beraten und/oder behandelt (ambulant oder stationär), z.B. Operationen, Strahlen- bzw. Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen:

Frage-Nr.	VP-Nr.	Genaue Art der Krankheit/Behandlung	Wann, Dauer, Häufigkeit, Ergebnis	Arzt/Krankenhaus

BITTE REICHEN SIE UNS ANGABEN, WELCHE SIE HIER NICHT MACHEN MÖCHTEN, UNVERZÜGLICH UND SCHRIFTLICH NACH.

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!