

Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag Lebensversicherung und Hinterbliebenenabsicherungen

Sämtliche Fragen an die versicherte Person werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Bei Abschluss von:

- Lebensversicherungen
- Lebensversicherungen mit Einschluss von Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen ohne Rentenleistung
- Rentenversicherungen mit Hinterbliebenen- oder Waisenrenten-Zusatzversicherungen

Versicherungsnummer

RINR

Datum der Antragstellung

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname

Versicherte Person: Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 6 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen an die versicherte Person (Erläuterungen siehe „wichtige Hinweise“ im Antrag)

Was ist Ihre berufliche Tätigkeit?

Wie lautet die Art des Betriebes / der Branche / der Dienststelle?

Wie hoch ist Ihr Anteil an Bürotätigkeit? (in %)

Für wie viele Mitarbeiter tragen Sie Verantwortung?

Welche qualifizierte berufliche Weiterbildung liegt vor?

Sind Sie Akademiker? ja nein

1 Fragen zum Rauchverhalten

Die unter Ziffer 4 des Antrags zum Raucherstatus/Nichtraucherstatus der versicherten Person gestellten Fragen und die dortigen Angaben sowie die Definition des Raucherstatus sind Bestandteil dieser Gesundheitserklärung.

2 Allgemeine Fragen:

2.1 Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: ja nein

- Extremsport (z. B. sky diving, base jumping, Canyoning, Rooftopping, speed-flying)
- Bergsteigen (Bergsteigen / Klettersteigbegehungen oberhalb von 4.000 Metern)
- Tauchen mit Atemgerät über 40 Meter bzw. Freitauchen über 16 Meter, Eistauchen
- Motorsport (z. B. Auto, Motorrad, Motorboot)
- Flugsport (z. B. Kunstflug, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen)
- Kampfsport
- Andere Risikosportarten:

Wenn ja: Welche?

2.2 Beabsichtigen Sie sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? ja nein
Wenn ja: Wo? Wann? Wie lange? Zweck des Aufenthaltes?

2.3 Körpergröße cm Körpergewicht kg

2.4 Welcher Arzt oder Heilpraktiker ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert?
Bitte Namen und Anschrift angeben.

3 Gesundheitsfragen

<p>Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie das Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie uns - ohne eigene Bewertung - alle Ihnen bekannten Gesundheits- und Funktionsstörungen und/oder Beschwerden und/oder Krankheiten angeben. Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich umfassen – die Beispiele entsprechen keiner abschließenden Aufzählung.</p>	<p>Eine Offenlegung von bereits durchgeführten Gentests, bei denen das Erbmateriale auf die Veranlagung für bestimmte Krankheiten untersucht wurde, wird nicht verlangt. Vorgelegte Befunde aus solchen Gentests werden nicht verwertet, sofern die insgesamt für die versicherte Person bei Versicherungsunternehmen beantragten bzw. bereits abgeschlossenen Versicherungssummen weniger als 300.000 EUR bzw. Jahresrenten weniger als 30.000 EUR betragen.</p>
---	---

Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund müssen Sie in den nachfolgenden Gesundheitsfragen nicht angeben.

3.1 Haben Sie in den letzten 12 Monaten verschreibungspflichtige Medikamente verwendet und / oder wurden Ihnen solche verordnet? ja nein
Hinweis: Medikamente sind: z. B. Salben, Sprays, Schmerzpflaster und/oder Tabletten. Nicht anzugeben sind Medikamente für: Magen-Darm-Infekte, Verhütung, Nasennebenhöhlenentzündung, Schilddrüsenunterfunktion, grippale Infekte.
Wenn ja: Nennen Sie uns bitte die Medikamente und den Grund für die Einnahme.

3.2 Wurden in den letzten 12 Monaten behandlungs-/kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Befunde von bereits durchgeführten Untersuchungen aus? ja nein
Hinweis: Nicht anzugeben sind Befunde für: Magen-Darm-Infekte, Nasennebenhöhlenentzündung, Schwangerschaftsvorsorge, Schilddrüsenunterfunktion, Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates inkl. Muskeln, Sehnen und Bänder, grippale Infekte.
Wenn ja: Aus welchem Grund (genaue Diagnose)? Wann genau bzw. in welchem Zeitraum (bitte konkrete Daten angeben)?

3.3 Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren chronische Erkrankungen und/oder Infektionen? ja nein
Hinweis: Unter chronischen (dauerhaften) Erkrankungen und/oder Infektionen verstehen wir z.B. Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Rheuma, HIV, Hepatitis B oder C, Herz-/Kreislaufkrankungen, Asthma, COPD, neurologische Erkrankungen.
Wenn ja: Aus welchem Grund (genaue Diagnose)? Wann genau bzw. in welchem Zeitraum (bitte konkrete Daten angeben)?

3.4 Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen der gleichen Erkrankung in einem Kalenderjahr mehr als zweimal in Beratung/ Untersuchung/Behandlung? ja nein
Hinweis: Nicht anzugeben sind: Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates inkl. Muskeln, Sehnen und Bänder, Schilddrüsenfunktionsstörungen, grippale Infekte.
Wenn ja: Aus welchem Grund (genaue Diagnose)? Wann genau bzw. in welchem Zeitraum (bitte konkrete Daten angeben)? Folgenlose Ausheilung (wenn ja: seit wann)?

3.5 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär beraten, untersucht und / oder behandelt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hinweis: Unter relevanten Einrichtungen für die stationäre Behandlung verstehen wir Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Entzugskliniken oder andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Nicht anzugeben sind: Schwangerschaften, Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates inkl. Muskeln, Sehnen und Bänder.		
Wenn ja: Aus welchem Grund (genaue Diagnose)? Wann genau bzw. in welchem Zeitraum (bitte konkrete Daten angeben)? Folgenlose Ausheilung (wenn ja: seit wann?)?		
<input type="text"/>		

3.6 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung bei einem Arzt, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten aufgrund psychischer Erkrankungen und/oder psychosomatischer Beschwerden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hinweis: Wir meinen damit z. B. Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen, Essstörungen, ADHS, Suizidversuch.		
Wenn ja: Aus welchem Grund (genaue Diagnose)? Wann genau bzw. in welchem Zeitraum (bitte konkrete Daten angeben)?		
<input type="text"/>		

3.7 Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Nennen Sie uns bitte die Droge bzw. das Betäubungsmittel. Wann genau bzw. in welchem Zeitraum (bitte konkrete Daten angeben)?		
<input type="text"/>		

3.8 Haben bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden/Gesundheitsstörungen bestanden oder bestehen diese aktuell? (Bitte geben Sie auch Beschwerden an, wegen derer Sie weder beraten, untersucht oder behandelt worden sind.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Ungewollter Gewichtsverlust (mehr als 10% des Körpergewichts innerhalb 6 Monate)• Brustschmerz, z.B. in Verbindung mit Kollapsneigung, Kaltschweißigkeit oder Atemnot Hinweis: Nicht gemeint sind Brustschmerzen aufgrund von kurzzeitigen Muskelschmerzen• Blut in Auswurf, Urin oder Stuhl• Mehrmaliges Erbrechen innerhalb eines Zeitraumes von über einer Woche• Husten, der länger als drei Monate besteht• Kopfschmerzen mit zunehmender Intensität oder Häufigkeit; Kopfschmerzen, die von Lähmungserscheinungen, Abnahme der Sehstärke, Wesensveränderungen, Gefühlsstörungen oder regelmäßigem Erbrechen begleitet sind• psychische Erschöpfungszustände, Leistungsminderung, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Angstzustände, Panikattacken		
Haben Sie eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:		
<input type="text"/>		

Vollständigkeit der Angaben		
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind.		
<input type="checkbox"/> Beigefügt sind <input type="text"/> Seiten als Anlage (bitte beachten: je Seite Unterschrift der versicherten Person erforderlich).		
<input type="checkbox"/> Ich reiche Unterlagen innerhalb von 14 Tagen nach.		