

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VT)

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Zur Erleichterung der Beantwortung der Fragen haben wir in Klammern Erläuterungen aufgeführt, die nicht abschließend sind. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung). Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzureichen.

A. Besondere Gefahren und Versicherungsanträge bei anderen Gesellschaften

- Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Paragliding, Fallschirmspringen, Rafting, Tauchsport, Kampfsport, Klettern, Reiten)?
 nein ja, welchen _____
- Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?
 nein ja, wo, wann, wie lange _____
- Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt?
 nein ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe _____
- Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre derartige Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt?
 nein ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe, Erschwerung _____

B. Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 18.000 EUR

- Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)? nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung, Versorgungswerke) _____
- Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen bzw. Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren? **Bitte letzten Nachweis bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 30.000 EUR beifügen.**
 Jahr 20 _____ EUR Jahr 20 _____ EUR Jahr 20 _____ EUR

C. Erklärungen zum Gesundheitszustand (Erläuterungen zur Angabe von evtl. durchgeführten genetischen Untersuchungen siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.5.)

Antrag-/Angebotsanforderung ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am _____

Zeitlich befristete Fragen

- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden
- der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)? nein ja
- des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)? nein ja
- der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)? nein ja
- der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl)? nein ja
- des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)? nein ja
- der Augen?
 linkes Auge Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit
 rechtes Auge Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit
 Dioptrien _____ Dioptrien _____
- andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)? nein ja
- der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? nein ja
- des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)? nein ja
- der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskus-schaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)? nein ja
- der Haut (auch Allergie)? nein ja
- der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)? nein ja
- des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)? nein ja
- der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)? nein ja
- Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr)? nein ja
- gutartige Tumore? nein ja

Zeitlich befristete Fragen

- Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? nein ja
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? nein ja
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen? nein ja
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)? nein ja
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein ja
- Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? nein ja
- 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 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen? nein ja

Zeitlich unbefristete Fragen

- Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? nein ja
- Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)? nein ja

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

- Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)? nein ja
- Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg
- Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?

 keiner

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 1. bis 10. an, die mit »ja« beantwortet sind.

ergänzende Angaben siehe Zusatzblatt

Frage	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	Arzt, Psychologe, Krankengymnast, Heilpraktiker, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)?

Gesundheitserklärung bei Nachversicherung ohne Ereignis

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis zum heutigen Tage weder einen Herzinfarkt erlitten habe, noch mit HIV infiziert (positiver HIV-Test) oder an einem Krebsleiden erkrankt bin.