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 Versicherungs-/Leistungsanträge bei anderen Gesellschaften

1. Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Wassersport, Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Klettersport, Pferdesport, Radsport, Fun-/Extremsport)? Bitte ggf. entsprechenden Fragebogen beifügen.
   ☐ nein ☐ ja, welchen _____

2. Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?
   ☐ nein ☐ ja, wo, wann, wie lange _____

3.1 Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt?
   ☐ nein ☐ ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe _____

3.2 Wurden **innerhalb der letzten 5 Jahre** derartige Anträge mit erschwerten Bedingungen beurteilt, angenommen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt?
   ☐ nein ☐ ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe, Erschwerung _____

3.3 Wurden **innerhalb der letzten 5 Jahre** Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung von einem privaten Versicherungsunternehmen, einem berufsständischen Versorgungswerk oder einem gesetzlichen Versorgungsträger gewährt, dort beantragt oder ist eine Beantragung beabsichtigt?
   ☐ nein ☐ ja, welche, von/bei wem, wann, wie lange _____

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

1. 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) _____

2. 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.6.)**

Antrag/Angebotsanforderung ☐ ohne ärztliche Untersuchung ☐ mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am __.__.____

Zeitlich befristete Fragen

1. Bestehen oder bestanden **in den letzten 5 Jahren** Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden

1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe)? ☐ nein ☐ ja

1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)? ☐ nein ☐ ja

1.3 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)? ☐ nein ☐ ja

1.4 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

1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)? ☐ nein ☐ ja

1.6.1 der Augen? ☐ nein ☐ ja

linkes Auge	rechtes Auge
☐ Kurzsichtigkeit	☐ Kurzsichtigkeit
☐ Weitsichtigkeit	☐ Weitsichtigkeit
Dioptrien _____	Dioptrien _____

1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)? ☐ nein ☐ ja

1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? ☐ nein ☐ ja

1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)? ☐ nein ☐ ja

1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)? ☐ nein ☐ ja

1.10 der Haut (auch Allergie)? ☐ nein ☐ ja

1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)? ☐ nein ☐ ja

1.12 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

1.13 der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)? ☐ nein ☐ ja

1.14 Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr)? ☐ nein ☐ ja

1.15 gutartige Tumore? ☐ nein ☐ ja

Zeitlich befristete Fragen

2. Haben Sie **in den letzten 5 Jahren** einen Selbsttötungsversuch unternommen? ☐ nein ☐ ja

3. 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

4. Haben Sie **in den letzten 5 Jahren** Drogen zu sich genommen? ☐ nein ☐ ja

5. 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

6. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja

7. Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? ☐ nein ☐ ja

8. 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

9.1 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? ☐ nein ☐ ja

9.2 Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)? ☐ nein ☐ ja

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

10. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)? ☐ nein ☐ ja

11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?
    _____
    _____
    _____ ☐ keiner

Zusätzliche Frage bei Abschluss einer Risiko(-Zusatz)versicherung oder einer Todesfallsumme innerhalb der FR10

13. Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht (gemeint ist sowohl das Konsumieren von Tabak unter Feuer als auch von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen)? Erklärungen und Hinweise Ziffer II.7. beachten. ☐ nein ☐ ja

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)?