



Angaben zur versicherten Person

Anrede:* Herr Frau

Titel:

Nachname:*

Vorname:*

Raucher:* Ja Nein

Geburtsdatum:*

Größe:*

Gewicht:*

Ausgeübter Beruf:*

Die mit einem (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich nach. Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung.



- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. | Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel zu sich genommen? (Bei der Allianz, Continentale, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. | Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen ärztlich beraten/ behandelt? (Bei der Continentale, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. | Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? (Bei der Continentale und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre! LV1871 unbegrenzt!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. | Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär behandelt (auf Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie, im Krankenhaus) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen? (Bei der Allianz, AXA, DÄV, DBV, Dialog, Hanse Merkur, HDI, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. | Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre operiert? (Bei der Allianz, AXA, DÄV, DBV, Dialog, Hanse Merkur, HDI, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. | Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Beschwerden und/ oder erfolgten Behandlungen oder Beratungen (ärztliche, psychologische/psychotherapeutische, heilkundliche) wegen | | |
| 7.1 | des Herzens, der Kreislauforgane, Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzklappenfehler, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Verschlußkrankheit, Lungenentzündung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7.2 | der Atmungsorgane (z.B. Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe, Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lunge, Zwerchfell) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7.3 | der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber (z.B. Magen- oder Darmgeschwüre, Sodbrennen, Morbus Crohn, Entzündungen, Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Leberzirrhose, Blut im Stuhl, Fettleber) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Anlage: Medizinische Risikoprüfung



Einzelheiten

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 1 bis 11 an, die Sie mit „Ja“ beantwortet haben. 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)?

Hinweis & Erklärung

Bei den vorgehend aufgeführten Fragen handelt es sich um Fragen des Versicherers, bei welchem Sie mit dem zugehörigen Antrag Versicherungsschutz beantragen.

Auf die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ im beiliegenden Antragsformular wird hingewiesen.

Ich erkläre, dass sich mein Gesundheitszustand seit Beantwortung der Risikovorfrage nicht geändert hat.

Ihr persönlicher Berater:

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in bzw. Antragsteller/-in

Unterschrift versicherte, bzw. zu versichernde Person

Freier, selbständiger und ungebundener
Versicherungsmakler im WIFO-Verbund

WIFO