

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum:

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum:

Erklärungen der zu versichernden Person

Angaben zum Gesundheitszustand



Antrag vom:

Versicherungs- / Antrags-Nr.:

**Beachten Sie bitte die "Wichtigen Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht".
Eine Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.**

Ausgeübte Tätigkeit:

Welche Berufsausbildung / welches Studium haben Sie abgeschlossen?

Ausgeübte Tätigkeit / Berufsbezeichnung:

Branche:

Beruflicher Status: fest angestellt Angestellt ö. D. Beamter / Beamtin, Beihilfe: _____ % Status: Land _____ Bund
 freiberuflich / selbstständig seit _____ Anzahl der fest angestellten Mitarbeiter: _____

Angaben zum Anteil Ihrer Tätigkeit in %: Büro _____ % körperlich _____ % aufsichtsführend _____ % künstlerisch _____ %
 Reisen _____ % Innen- / Außendienst _____ / _____ %

In welchem Zeitraum üben Sie Ihre Tätigkeit aus? Vollzeit Teilzeit _____ Stunden / WocheFolgende Zusatzerklärungen sind beigefügt: Tätigkeitsbeschreibung Hausfrau / Hausmann Bundeswehr

Einkommen / Einnahmen:

BU Wie hoch ist Ihr jährliches Arbeitseinkommen (bei Selbstständigen Gewinn bzw. Jahresüberschuss?)

 brutto (vor Steuern) netto (nach Steuern)

€

Bei Renten über 20.000 € jährlich (einschließlich bestehender Verträge) bitte Einkommen der letzten 3 Jahre angeben:

 brutto (vor Steuern) netto (nach Steuern)

laufendes Jahr

€

letztes Jahr

€

vorletztes Jahr

€

(Bei mehr als 30.000 € jährliche Berufsunfähigkeitsrente bitte Einkommensnachweise einreichen.)

KV Besteht ein Anspruch auf Gehalts- / Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit?

 nein ja, für _____ Tage

Gesamtversicherungsschutz:

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Rentenversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) Berufs-, Erwerbs-, Schulunfähigkeitsversicherungen, Erwerbsausfall-, Pflege- oder Private Kranken(zusatz)versicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?

 nein ja, weshalb?

wann?

bei welchem Unternehmen?

Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschl. Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Schulunfähigkeits-/ Erwerbsausfall-Rente/ Dread-Disease-, Pflege- oder Kranken(zusatz)versicherung) oder wurden bislang bzw. werden zeitgleich solche beantragt?

 nein ja, Art der Versicherung

Bei welchem Unternehmen?

Höhe der Versicherungssumme?

€

BU Höhe der jährlichen Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/ Schulunfähigkeits-/Erwerbsausfall-/Dread-Disease-/Pflege-Rente?

€

KV Höhe des Kranken- bzw. Pflegetagegeldes? Krankentagegeld ab dem _____ Tag _____ € Pflegetagegeld: _____ €

Berufs- und Freizeitrisiko:

BU Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

 nein ja, Bitte ankreuzen **und** Zusatzerklärung/en beifügen Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen Flugsport (inkl. Fallschirmspringen Gleitschirmfliegen, Hängegleiter) Bergsport (ausgenommen Wandern) Motorsport (z. B. Automobilsport, Motorradsport) Tauchen Reitwettbewerbe (Berufsreiter, Freizeitreiter) Kampfsport Andere gefahrerhöhende Berufs- Freizeitaktivitäten

Auslandsaufenthalte

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 6 Monaten Dauer oder in Krisengebieten vorgesehen?

(Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik „Reise und Sicherheit“ unter www.auswaertiges-amt.de)

 nein ja, bitte Zusatzerklärung/en beifügen: Auslandsaufenthalte Auslands Klausel

Angaben zum Gesundheitszustand

Seite 2 von 4

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen (evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden).

Wird eine der nachfolgenden Fragen mit "Ja" beantwortet, bitte zusätzliche Angaben auf S. 3 dieser Erklärung und ggf. Zusatzklärung (ZE) beifügen.

Gegenwart:	Körpergröße:	cm	Gewicht:	kg	Ja	Nein
1. Bestehen Krankheiten, Beschwerden, Folgen von Krankheiten bzw. Unfällen oder Verletzungen ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Schwangerschaft, Zusatzklärung beigefügt					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht eine Fehlsichtigkeit ? Wenn ja, Dioptrien: links: <input type="text"/> rechts: <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie derzeit oder haben Sie in den letzten 12 Monaten Arzneimittel eingenommen?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit , eine Schwerbehinderung oder Wehrdienstbeschränkung ? MdE ___ % GdB ___ %					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Streben Sie aus gesundheitlichen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel? _____ Stk./Tag					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vergangenheit:

	Ja	Nein
8. Bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose) <input type="checkbox"/> Herz-, Blutgefäß- und Kreislaufkrankungen, ZE beigefügt <input type="checkbox"/> Thrombosen / Venenerkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe) <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / Lungen- und Atemwegserkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z. B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte) <input type="checkbox"/> Magen- und Darmerkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung) <input type="checkbox"/> Nieren-, Harnwegs und Prostataerkrankungen, ZE beigefügt <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie, Erkrankungen der Lymphknoten) <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit), ZE beigefügt <input type="checkbox"/> Schilddrüsen- und Stoffwechselerkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) des Gehirns, Nervensystems (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Kopfschmerzen oder Migräne, Lähmungen, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit) <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Bewegungseinschränkungen, Gelenkfehlstellung, Meniskusriß, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie) <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen, Bänder- und Sehnenverletzungen, ZE beigefügt <input type="checkbox"/> Verletzungen, ZE beigefügt <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden, Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) der Augen (z. B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnervenentzündung) <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen / Sehstörungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) der Ohren (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen) <input type="checkbox"/> Gehörerkrankung, Schwerhörigkeit, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) der Haut oder Allergien (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie) <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, ZE beigefügt <input type="checkbox"/> Allergische Erkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Zyste, Adenom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen, Tropenkrankheiten (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) der Psyche oder Suchterkrankungen (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, krankhafte Folgen durch Alkoholkonsum) <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen, ZE beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Name und Anschrift des Hausarztes bzw. des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist (Name, Ort, Straße, Hausnummer, Fachrichtung): <input type="text"/>		
10. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? Bitte nur die Bezeichnung der Untersuchung, Beratung oder Behandlung angeben und detaillierte Angaben auf S. 3 dieser Erklärung machen. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KV Bitte machen Sie hier nähere Angaben, falls eine Kinderwunschbehandlung erfolgt ist:

Wann und wie lange? Anzahl der Behandlungen / Versuche:

Art der Behandlung: IVF ICSI andere:

Mit welchem Ergebnis:

Sind weitere Behandlungen / Versuche vorgesehen? Ja Nein

11. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzfragen bei Tarifen mit Zahnleistungen (bzw. Option auf Zahnleistungen):

KV Z1 Erfolgt zur Zeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zahnbehandlung: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Zahnersatz: <input type="text"/> ggf. Heil- und Kostenplan beifügen		
Z2 Fehlende Zähne (außer Weisheitszähnen) im natürlichen Gebiss, die nicht ersetzt sind? Wenn ja, wie viele : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antragsteller: Vorname, Name Geburtsdatum:

Versicherte Person: Vorname, Name Geburtsdatum:

Ergänzende / detaillierte Angaben zu den mit "Ja" beantworteten Gesundheitsfragen:

1. Sie haben eine Gesundheitsfrage mit "Ja" beantwortet und eine Zusatzklärung beigefügt?

Nein Ja, bitte geben Sie nachfolgend die **Frage Nr.** an und nur die **Bezeichnung der Beratung, Behandlung oder Erkrankung.**

Frage Nr.	Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Frage Nr.	Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Sie haben eine Gesundheitsfrage mit "Ja" beantwortet und keine Zusatzklärung beigefügt?

Nein Ja, bitte machen Sie nachfolgend **detaillierte Angaben** zur **Beratung, Behandlung oder Erkrankung.**

Frage Nr.

Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig? Nein Ja, wie lange?

Wie wurden Sie behandelt? (Bei Medikamenten, bitte Namen, Dosierung und Dauer der Behandlung angeben)

Wann, wie lange und wie oft wurden Sie behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung operiert? Nein Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Bestehen jetzt noch Beschwerden / Folgen? Nein Ja, welche?

Ist die Erkrankung zwischenzeitlich ausgeheilt? Nein Ja, seit wann?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich?

Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung (Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes)

Frage Nr.

Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig? Nein Ja, wie lange?

Wie wurden Sie behandelt? (Bei Medikamenten, bitte Namen, Dosierung und Dauer der Behandlung angeben)

Wann, wie lange und wie oft wurden Sie behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung operiert? Nein Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Bestehen jetzt noch Beschwerden / Folgen? Nein Ja, welche?

Ist die Erkrankung zwischenzeitlich ausgeheilt? Nein Ja, seit wann?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich?

Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung (Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes)

Frage Nr.

Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig? Nein Ja, wie lange?

Wie wurden Sie behandelt? (Bei Medikamenten, bitte Namen, Dosierung und Dauer der Behandlung angeben)

Wann, wie lange und wie oft wurden Sie behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung operiert? Nein Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Bestehen jetzt noch Beschwerden / Folgen? Nein Ja, welche?

Ist die Erkrankung zwischenzeitlich ausgeheilt? Nein Ja, seit wann?

Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich?

Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung (Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes)

Wurden Zusatzklärungen / Zusatzblätter verwendet / beigefügt? Nein Ja, Anzahl

Erklärung: Die Fragen sind nach bestem Wissen **richtig und vollständig** beantwortet worden. **Ich bestätige mit meiner Unterschrift**, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Versicherungsgesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

“Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“**Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)****Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?****1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf mein Verlangen Vertragsbestandteil. Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diese Erklärung oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.