

Angaben zum Gesundheitszustand

Der/die Vermittler/-in berät Sie in Sachen Gesundheitsfragen. Er/Sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie – innerhalb der abgefragten Zeiträume – auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind. Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei einer Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf beigefügte gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG.

1. Person 2. Person 3. Person 4. Person

- Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit, einer Erwerbsunfähigkeit, einer Invalidität oder einer Pflegebedürftigkeit oder wurden solche jemals beantragt?
- Bestehen Erkrankungen oder Unfallfolgen, aufgrund derer voraussichtlich dauerhaft (für mindestens weitere 6 Monate) eine Medikamenteneinnahme und/oder Behandlungen/Kontrolluntersuchungen durch Ärzte durchgeführt werden oder ärztlich angeraten sind?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Nicht anzeigepflichtige Erkrankungen für Personen bis zur Vollendung des 66. Lebensjahres sind dabei: Allergien ohne Asthma, Bluthochdruck (Hypertonie) ohne Grunderkrankung und/oder Folgeerkrankung, zu hohe Cholesterinwerte und andere Fettstoffwechselerkrankungen, äußerliche Akne und/oder Schuppenflechte (Psoriasis), Schilddrüsenüber- oder unterfunktion sowie Jodmangel, Neurodermitis ohne Asthma, gutartige Prostatavergrößerung, Sodbrennen (Refluxösophagitis), Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom), Osteoporose ohne Fraktur (Glasknochenkrankheit ist anzeigepflichtig)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

3. Nur von Personen ab Vollendung des 66. Lebensjahres zu beantworten:

Bestehen oder bestanden Erkrankungen, aufgrund derer in den letzten 3 Jahren ambulante oder in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen, Therapien/Gesprächstherapien stattgefunden haben?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Person und der Ziffer der Frage. Reicht der Platz nicht aus, fügen Sie bitte erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/-en unterschriebenen Blatt zum Antrag bei.

zu Person	zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/Art der Beschwerden/ zusätzlich Art und Menge von Medikamenten	behandelt von – bis	amb.	stat.	Arbeitsunfähig von – bis	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/-en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Angaben zu Behandlern

zu Person zu Frage Name und genaue Anschrift des Behandlers/der Behandlerin (z. B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in,...)
