



## Angaben zur versicherten Person

Anrede:* <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum:*	
Titel:	Größe:*	
Nachname:*	Gewicht:*	
Vorname:*	Erlerner Beruf:*	
Raucher:* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Derzeitiger Beruf:*	
Akademischer Titel:*	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständig	
Prozentuale Aufteilung Ihrer Tätigkeit*:		
Kaufm. im Büro: %	Kaufm. im Außendienst: %	Körperliche Tätigkeit: %
Derzeitiges monatl. Nettogehalt*: €	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?  Ja  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!)  Ja  Nein
3. Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen ärztlich beraten/behandelt? (Bei der Allianz, Continentale, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)  Ja  Nein
4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbstötungsversuch unternommen? (Bei der Continentale und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre! LV1871 unbegrenzt!)  Ja  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!)  Ja  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!)  Ja  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)  Ja  Nein
  - 7.2 der Atmungsorgane (z.B. Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe, Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lunge, Zwerchfell, Lungenentzündung)  Ja  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)  Ja  Nein

# Anlage: Medizinische Risikoprüfung



7.4	der Nieren, der Harnwege, der Geschlechtsorgane, Prostata (z.B. Blut oder Eiweiß im Urin, Steinleiden, Zysten, Entzündungen, Nierenfunktionsstörungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.5	des Gehirns, der Nerven oder Rückenmarkes (z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Epilepsie, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Multiple Sklerose, Lähmungen, Nervenentzündungen, Parkinson-Krankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.6	der Psyche (z.B. Depressionen, Angst-, Zwangs-, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Stresssyndrom, Schmerz syndrom, Erschöpfungszustände, Burn-out-Syndrom, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, Hyperaktivität, Neurosen - bei der Continentale und LV1871 Abfragezeitraum 10 Jahre!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.7.1	der Augen : Kurzsichtigkeit / Weitsichtigkeit Wenn ja, Dioptrien vor Lasik:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Dioptrien rechts: rechts:		
	Dioptrien links: links:		
7.7.2	anderer Augenerkrankungen (z.B. Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, grauer- oder grüner Star, Netzhautablösung, Hornhauterkrankungen, erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.8	der Ohren (z.B. Tinnitus, Hörsturz, Hörverlust oder -minderung, Schwindel, Lärmschaden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.9	der Haut oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Ekzeme, Neurodermitis, Dermatosen, auffällige Leberflecke, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.10	des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Blutzucker-, Cholesterin-, Harnsäureerhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.11	der Drüsen, der Milz oder des Blutes (z.B. Blutarmut, Leukämie, Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankheit - bei der Continentale Abfragezeitraum 10 Jahre!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.12	Infektionskrankheiten, des Immunsystems (z.B. angeborene Immundefekte, Tropenkrankheiten, HIV-Infektion, chronische Leberentzündungen, Tuberkulose, Borreliose, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.13	des Rückens oder Nackens (z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Fehlstellung der Wirbelsäule, Rückenschmerzen, Morbus Bechterew, Ischias, Hexenschuß, Schleudertrauma)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.14	der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z.B. Meniskusverletzungen, Gelenkschmerzen, Hüftveränderungen, Rheuma, Knochenbrüche, Arthrose, Entzündungen, Fibromyalgie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.15	Tumoren oder Geschwülsten (z.B. Krebs, Hirntumore, Leukämie, Lymphome, Zysten, vergrößerte Lymphknoten, Melanome, Darmpolypen - Bei der Allianz und Continentale Abfragezeitraum 10 Jahre! LV1871 und HDI unbegrenzter Abfragezeitraum für bösartige Tumorerkrankungen (Krebs oder Leukämie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.16	Unfälle, Knochenbrüche, Vergiftungen, Verstrahlungen, oder Amputationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.17	Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche. (lediglich bei der Swiss Life)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.	Bestehen geistige Behinderungen oder körperliche Beeinträchtigungen oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen? (falls erteilt, auch GdB oder GdS oder WdB angeben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9.	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? (Bei Swiss Life, die letzten 3 Jahre)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11.	Sind oder waren Sie - außer wegen den in 1 bis 10 angegebenen Beschwerden, Krankheiten - innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung oder fanden Untersuchungen statt oder beabsichtigen Sie sich in Behandlung zu begeben von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe? (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.	Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?		

# 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**