



Thema: Risikovorprüfung-Gesundheitsfragen

Fragen zur Versicherten Person

Bitte beantworten Sie die Fragen und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an. Für die vollständige und richtige Beantwortung sind der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person verantwortlich. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

Lesen Sie bitte vor Beantwortung der Fragen die beiliegende „Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung“.

Bestehen bereits private Pflegeversicherungen bzw. sind weitere private Pflegeversicherungen beantragt? ja nein
(Was als Pflegeversicherung gilt, lesen Sie bitte auf Seite 6.)

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:

Bitte erteilen Sie uns – abweichend zu Punkt 2 der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung auf der Seite 4 – **ausschließlich für die Risikobeurteilung (Antragsprüfung) nachfolgend Ihre Einwilligung zur Datenerhebung bei von Ihnen benannten Ärzten.**

Ich verzichte darauf über eventuelle Rückfragen bei den von mir angegebenen Ärzten informiert zu werden sowie auf mein Widerspruchsrecht zur Datenerhebung und entbinde die Betroffenen von ihrer Schweigepflicht. Des Weiteren sehe ich von der Eigenbeschaffung der erforderlichen Unterlagen ab und erkläre mich damit einverstanden, dass – sofern erforderlich – direkt Kontakt aufgenommen wird. Dies ermöglicht eine schnellere Bearbeitung. ja nein

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: **cm** **kg**

- Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen durch angeborene Behinderungen oder Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen oder wurde eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein
- a) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder ist ein GdB beantragt? ja, GdB nein
b) Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt? ja nein
- Werden Sie zurzeit oder wurden Sie innerhalb der **letzten fünf Jahre** aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder in Krankenhäusern (auch ambulant) untersucht oder behandelt?

Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:

Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nicht abschließend sind. Die Beispiele sollen Ihnen die Antwort erleichtern.

- des Herzens oder der Kreislauforgane?** (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, durchgeführte Bypass-Operation oder Stent-Implantation, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombose) ja nein
 - der Atmungsorgane?** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Schlafapnoe) ja nein
 - der Haut?** (z. B. Neurodermitis, Lupus erythematodes) ja nein
 - der Verdauungsorgane?** (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, chronische Entzündungen der Speiseröhre, des Magens, der Bauchspeicheldrüse oder der Leber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Gallensteine) ja nein
 - der Nieren, der Harnwege, der Prostata oder der Genitalorgane?** (z. B. chronische Nierenerkrankungen, Nierensteine, Nierenversagen, Dialysebehandlung, Nierenentzündung, Prostatentzündung, Gebärmutterentzündung) ja nein
 - des Gehirns oder des Nervensystems?** (z. B. Epilepsie, multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, dementielles Syndrom, Lähmung, Restless-Leg-Syndrom, Neuropathie) ja nein
 - des Gemüts oder der Psyche?** (z. B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Alkoholismus, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand) ja nein
 - des Stoffwechsels oder Blutes?** (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Cholesterinerhöhung, Gicht, Blutkrebs (Leukämie), Gerinnungsstörungen) ja nein
 - des Stütz- und Bewegungsapparates, der Knochen, der Gelenke oder der Muskeln?** (z. B. Arthrose, Fibromyalgie, Rheuma, Gelenkersatz, Osteoporose, Lähmungen, Muskelschwund) ja nein
- Wurden Sie in den **letzten fünf Jahren** aufgrund einer **gut- oder bösartigen Tumorerkrankung (Krebs)** ärztlich untersucht oder behandelt? ja nein
 - Wurden Ihnen in den **letzten fünf Jahren** über einen Zeitraum von mehr als zwei Monaten Medikamente verordnet? ja nein

Wenn eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, geben Sie bitte nachstehend Einzelheiten zu jeder mit „ja“ beantworteten Frage an; ggf. auch auf einem separaten Blatt. Bitte geben Sie Folgendes an: ärztliche Bezeichnung Ihrer Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, Behandlungszeiträume, verordnete Medikamente (Namen und Dosierung), ob die Krankheit oder Gesundheitsstörung ausgeheilt ist oder welche Beschwerden noch bestehen. Sollten Pflegeversicherungen bestehen oder beantragt worden sein, geben Sie bitte die versicherte Jahresrente und den jeweiligen Versicherer an.

Anzahl Extrablätter