ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Zu versichernde Person:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Sofern Sie 55 Jahre oder älter sind, sind die Angaben zum Gesundheitszustand von Ihnen auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen. Sie dienen dazu, zu ermitteln, ob ein Abschluss dieser Versicherung möglich ist.

			Antwort
1.a	Wie groß sind Sie und was wiegen Sie?	Größe	
		Gewicht	
1.b	Bestehen Gebrechen, Organfehler, Anomalien, Prothesen (z.B. Bein- oder Knieprothese, künstliche Gelenke), Körperimplantate (z.B. Brustimplantate, Herzschrittmacher), Behinderungen, Invalidität, Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit und/oder Wehrdienstbeschädigungen?		☐ Ja ☐ Nein
1.c	Sind **ambulante oder stationäre Behandlungen**, Untersuchungen (auch Kontroll- und Schwangerschaftsuntersuchungen, ausgenommen gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) oder **Operationen** vorgesehen oder angeraten? Dazu gehört auch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten sog. Dauermedikation.		☐ Ja ☐ Nein
1.d	Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine **Erkrankung der Immunabwehr, des Stoffwechsels oder der Atemwege** festgestellt und/oder erfolgten entsprechende Behandlungen bzw. Nachuntersuchungen? Beispiele: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), chronische Lungenerkrankungen, (z. B. Asthma, COPD, Lungenfibrose, obstruktives Schlafapnoesyndrom), Sarkoidose, Immundefekte, HIV		☐ Ja ☐ Nein
1.e	Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine **Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, der inneren Organe oder der Gefäße** festgestellt und/oder erfolgten entsprechende Behandlungen bzw. Nachuntersuchungen? Beispiele: Koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose (Arterienverkalkung), Aneurysma, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Nierenfunktionsstörungen, Organ- oder Gewebetransplantation, chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)		☐ Ja ☐ Nein
1.f	Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine **Erkrankung des Nerven-Systems, der Psyche oder des Gehirns** festgestellt und/oder erfolgten entsprechende Behandlungen bzw. Nachuntersuchungen? Beispiele: Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, chronische Erkrankungen des Nervensystems oder der Psyche (z.B. Alzheimer, Neuropathie, Polyneuropathie, Demenz), Rückenmarkserkrankungen, Schädel-Hirn-Trauma, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Krankheiten (z. B. Schlaganfall - auch TIA, Apoplex Hirnblutung), Epilepsie, Lähmungen (auch Kinderlähmung), Hirnleistungsstörung		☐ Ja ☐ Nein
1.g	Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine **Krebserkrankung oder eine Erkrankung der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates** festgestellt und/oder erfolgten entsprechende Behandlungen bzw. Nachuntersuchungen? Beispiele: Bösartige Tumorerkrankungen, Leukämie, Arm- und/oder Beinamputationen, Osteoporose, Arthritis, Arthrose, Rheuma, Fibromyalgie, Gicht, Chronische Erkrankungen (besteht länger als 3 Monate/12 Wochen oder als chronisch bezeichnet wird oder stetig wiederkehrt z.B. Verspannung, Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfälle) der Wirbelsäule		☐ Ja ☐ Nein

Wichtiger Hinweis zu Ihren Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass es sehr wichtig ist, dass Sie die Angaben zu Ihrem bzw. zum Gesundheitszustand der mit Ihnen zu versichernden Personen gewissenhaft und vor allem wahrheitsgemäß machen.
In den „Erläuterungen über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung und zu den Pflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)" haben wir die wesentlichen Folgen einer unrichtigen Beantwortung beschrieben. Bitte beachten Sie, dass unrichtige Angaben den beantragten Versicherungsschutz gefährden und den Versicherer zur Kündigung des Vertrages oder zum Rücktritt berechtigen können.

Für eventuelle Fragen stehen Ihnen unsere Kundenbetreuer bzw. Ihr Versicherungsmakler zur Verfügung.

Stand: 01.03.2025

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)