

# Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

## Allgemeine Fragen

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung

GmbH & Co. KG | www.schlemann.com

Overather Str. 23 | D-51109 Köln

Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81

office@schlemann.com

Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße _____ cm und Ihr aktuelles Gewicht _____ kg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie <b>in den letzten 12 Monaten</b> aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)? <b>(gilt nicht für BAV)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Üben Sie in Ihrer Freizeit ein <b>Hobby</b> mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Pferdesport, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus? Falls „ja“, welche: _____ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Planen Sie <b>für die nächsten 2 Jahre</b> einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, des Vereinigten Königreichs, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes (mit Fachrichtung), der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist: _____					
1. Wurden Sie <b>in den letzten 10 Jahren</b> operiert oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) oder ist ein stationärer Aufenthalt angedacht oder geplant? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte den Grund (Diagnose), den Zeitpunkt, die Behandlungs- und Beschwerdedauer und die Folgen: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
2. Wurden Sie in den nachfolgend genannten Zeiträumen wegen Erkrankungen oder Beschwerden ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt? <b>In den letzten 5 Jahren</b> hinsichtlich: A) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte) <input type="checkbox"/> ja B) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Schlafstörungen), Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen <input type="checkbox"/> ja C) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen) <input type="checkbox"/> ja D) Schwindel (z. B. Dreh-, Lagerungs-, Schwankschwindel) <input type="checkbox"/> ja E) Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Lymphom) <input type="checkbox"/> ja F) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritiden) <input type="checkbox"/> ja G) Verletzungen (z. B. Unfälle, Vergiftungen, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)) <input type="checkbox"/> ja H) Alkohol- oder Drogenkonsum <input type="checkbox"/> ja <b>In den letzten 3 Jahren</b> hinsichtlich: I) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfader, Verkalkungen) <input type="checkbox"/> ja J) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung) <input type="checkbox"/> ja K) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale) <input type="checkbox"/> ja L) Augen (z. B. grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphknotenschwellung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haben Sie eine oder mehrere Fragen von A) bis L) mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte nähere Angaben: Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).					
Zu Frage:	Ihre Erkrankungen, Beschwerden, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen:	Wann:	Beschwerdedauer:	Heutige Folgen oder Einschränkungen:	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser:
<b>Soweit zu Gesundheitsfragen</b> Details erforderlich sind: >Siehe Beiblatt Gesundheit<					
3. Nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> mit oder ohne ärztliche Verordnung A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) <input type="checkbox"/> ja B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) <input type="checkbox"/> ja C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme: _____					
4. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z. B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung(en), die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens: _____					
Bestehen, neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Beamtenversorgung, weitere Absicherungen aus privaten oder betrieblichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Falls „ja“, <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung.					
Private Absicherung:	_____	_____	_____	_____	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Betriebliche Versorgung:	_____	_____	_____	_____	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Versorgungswerke:	_____	_____	_____	_____	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Wird eine der Absicherungen bei Annahme gekündigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____					
Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an: _____					