

# 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

Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm und Ihr aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)? **(gilt nicht für bAV)**  ja  nein

Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Pferdesport, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?  ja  nein

Falls „ja“, welche: \_\_\_\_\_ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

Planen Sie **für die nächsten 2 Jahre** 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.)  ja  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 **in den letzten 10 Jahren** operiert oder psychotherapeutisch oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) oder ist ein stationärer Aufenthalt angeraten oder geplant? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte den Grund (Diagnose), den Zeitpunkt, die Behandlungs- und Beschwerdedauer und die Folgen:  ja  nein

\_\_\_\_\_

2. Wurden Sie in den nachfolgend genannten Zeiträumen wegen Erkrankungen oder Beschwerden ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt?

**In den letzten 5 Jahren** hinsichtlich:

A) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte)  ja

B) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Schlafstörungen), Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen  ja

C) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen)  ja

D) Schwindel (z.B. Dreh-, Lagerungs-, Schwankschwindel)  ja

E) Krebs, Tumor oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Lymphom)  ja

F) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritits)  ja

G) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  ja

H) Alkohol- oder Drogenkonsum  ja

**In den letzten 3 Jahren** hinsichtlich:

I) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfader, Verkalkungen)  ja

J) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung)  ja

K) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale)  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)  ja  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:

3. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** mit oder ohne ärztliche Verordnung

A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)  ja

B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)  ja

C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)?  ja  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)?  ja  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“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung.  ja  nein

Private Absicherung: \_\_\_\_\_ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Betriebliche Versorgung: \_\_\_\_\_ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Versorgungswerke: \_\_\_\_\_ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Wird eine der Absicherungen bei Annahme gekündigt?  ja  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

\_\_\_\_\_