

## Ärztliches Zeugnis

Versicherte Person

|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | Name,        | Vorname      |
| Straße, Haus-Nr.  |              |              |
| Postleitzahl  | Wohnort      |              |
| Telefon mit Vorwahl   | Nationalität | Geburtsdatum |

Für die Risikobeurteilung Ihres Lebensversicherungsantrages ist eine Untersuchung nach diesem Formular erforderlich.

**Wichtig: Ob weitere Untersuchungen erforderlich sind, entnehmen Sie bitte dem Formular „Untersuchungsgrenzen“ (Form 0651).**

**Hinweis: Die Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses darf nur von einem Arzt durchgeführt werden, der mit der zu versichernden Person weder verwandt noch verschwägert ist.**

### I. Erklärungen vor dem Arzt

#### 1. Angaben zu den Eltern

|        |                             |                                |                                |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Vater  | Alter zur Zeit bzw. bei Tod | Falls krank, woran leidet er?  | Wenn verstorben, Todesursache? |
| Mutter | Alter zur Zeit bzw. bei Tod | Falls krank, woran leidet sie? | Wenn verstorben, Todesursache? |

Erläuterungen zu den mit ja beantworteten Fragen und nähere Angaben zu Diagnose, Zeitpunkt, Dauer (Name und Anschrift des Arztes sowie weitere Erläuterungen ggf. auf gesonderter unterschriebener Anlage geben).

2. Sind Sie bei Ihrer Berufstätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Wenn ja, welchen?  nein  ja
3. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen?  nein  ja
4. **Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden**
- 4.1 des **Nervensystems oder der Psyche**, wie z.B. Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Nervenentzündungen, Depressionen oder andere?  nein  ja
- 4.2 des **Gehörs**, wie z. B. Schwerhörigkeit, Entzündungen oder andere?  nein  ja
- 4.3 der **Augen**, wie z. B. Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen oder andere? Wenn ja, welche?  nein  ja
- 4.4 der **Atmungsorgane**, wie z. B. Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere?  nein  ja
- 4.5 des **Herzens oder der Blutgefäße**, wie z. B. erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzklopfen, Angina pectoris, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?  nein  ja
- 4.6 der **Verdauungsorgane**, wie z. B. Zwerchfellbruch, Magen- oder Darmgeschwüre bzw. Entzündungen, Blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Drüsen, der Milz, der Bauchspeicheldrüse oder andere?  nein  ja
- 4.7 der **Harn- oder Geschlechtsorgane**, wie z. B. Nieren-, Harnleiter-, Blasen- oder Prostatakrankheit, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung im Urin oder andere?  nein  ja
- 4.8 der **Haut**, wie z. B. Geschwüre, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Allergien, Hautkrebs oder andere?  nein  ja
- 4.9 des **Bewegungsapparates** (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen), wie z.B. Rücken-, Nacken und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?  nein  ja
- 4.10 des **Stoffwechsels oder des Blutes**, wie z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Schilddrüsen-, Drüsen- oder Hormonstörungen, Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere? (bitte Ergebnisse eventuell vorliegender Spezialuntersuchungen angeben)  nein  ja
- 4.11 des **Immunsystems oder Infektionen**, wie z. B. AIDS, HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, TBC, Hepatitis, Tropenkrankheiten oder andere?  nein  ja
- 4.12 **Andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden**, nach denen hier nicht ausdrücklich gefragt wurde (z. B. Geburtsgebrechen, rheumatische Erkrankungen, Missbildungen, Geschwulst, Krebs usw.)?  nein  ja
5. **nur bei Frauen**
- 5.1 Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, errechneter Geburtstermin  nein  ja  
 Wenn ja: War der bisherige Verlauf normal?  nein  ja
- 5.2 Haben Sie jemals eine gynäkologische Erkrankung oder eine Krankheit der Brüste durchgemacht? Wenn ja, welche? Wann? Wie lange? Geheilt?  nein  ja

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Dioptrien links | Dioptrien rechts |
|-----------------|------------------|

Erläuterungen zu den mit ja beantworteten Fragen und nähere Angaben zu Diagnose, Zeitpunkt, Dauer (Name und Anschrift des Arztes sowie weitere Erläuterungen ggf. auf gesonderter unterschriebener Anlage geben).

Bitte mit schwarzem Kugelschreiber ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

**I. Erklärungen vor dem Arzt (Fortsetzung)**

- 6.1 Nahmen oder nehmen Sie Medikamente, Drogen oder andere Betäubungsmittel? Wenn ja, welche? Wann? Wieviel? Wann zuletzt?  nein  ja
- 6.2 Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen? Wenn ja, wann?  nein  ja
- 6.3 Nahmen oder nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? Wann? Wieviel? Wann zuletzt?  nein  ja
- 6.4 Rauchen Sie? Bitte Art und Menge der Rauschmittel (z. B. Zigaretten) angeben.  nein  ja
- 6.5 Seit wann sind Sie Nichtraucher?  nein  ja
- 7. Werden oder wurden Sie mit Herzmitteln, blutdruck-, blutzucker- oder harnsäuresenkenden oder sonstigen den Stoffwechsel beeinflussenden Mitteln behandelt? Wenn ja, seit wann? Welche? Wieviel täglich?  nein  ja
- 8. Haben Sie anerkannte Berufskrankheiten, Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Wenn ja, wann? Art?  nein  ja  
Sind hiervon Folgen zurückgeblieben? Wenn ja, welche? Grad der Behinderung?  nein  ja
- 9. Sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb?  nein  ja
- 10. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten? Wenn ja, wann? Weshalb?  nein  ja
- 11. Sind Sie mit Röntgenstrahlen, Radium oder sonstigen radioaktiven Stoffen behandelt worden oder untersucht worden? Wenn ja, wann? Weshalb?  nein  ja
- 12. Wurde eine Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?  nein  ja
- 13. Wurde ein Elektrokardiogramm gefertigt? Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?  nein  ja
- 14. Wurden Laboruntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann? Weshalb? Ergebnis?  nein  ja
- 15. Wurde bei Ihnen ein HIV-Antikörpertest durchgeführt? Wenn ja, wann? Ergebnis positiv/negativ?  nein  ja
- 16. Sind Sie von anderen Ärzten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden? Wenn ja, wann? Weshalb?  nein  ja
- 17. Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, einem Sanatorium, einer Kuranstalt oder in einem Heilbad ärztlich behandelt worden? Wenn ja, wann? Weshalb?  nein  ja
- 18. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Name/ Anschrift  nein  ja  
Wann und weshalb haben Sie ihn in Anspruch genommen?  nein  ja

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Datum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Datum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ich bestätige, dass alle vorstehenden Fragen richtig und vollständig beantwortet sind. Dafür übernehme ich die Verantwortung, auch wenn ich die Antworten nicht selbst niedergeschrieben habe. Darüber hinaus gebe ich ausdrücklich meine Zustimmung für eine Blutentnahme zur Durchführung eines HIV-Antikörper-Tests.

**Wichtig für die zu versichernde Person**

1. Ich weiß, dass der Versicherer bei der Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten oder die Leistung verweigern bzw. vermindern kann.
2. Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre (für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die nächsten zehn Jahre) nach der Antragsannahme. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich unwiderruflich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.
3. Ich willige (ferner) ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Lebensversicherungsverband zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer unserer Unternehmensgruppe (HDI Lebensversicherung AG/ASPECTA Lebensversicherung AG) meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Hierzu erhalte ich ein Merkblatt zur Datenverarbeitung, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

**Unterschriften**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
| Ort, Datum   | Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig Unterschrift der gesetzl. Vertreter |
| Ich bescheinige, dass die vorstehenden Fragen von mir einzeln gestellt und von der zu versichernden Person so wie niedergeschrieben beantwortet worden sind. |  |
|  |  |
| Ort, Datum   | Stempel und Unterschrift des Arztes  |



