

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen der zu versichernden Person für Todesfallversicherungsschutz und / oder Berufsunfähigkeitsversicherungsschutz

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Alle Antragsteller und zu versichernden Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Antragsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Risikoverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff sowie 162 und 163 VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Angaben zur Versicherung

Antrag- / Polizzenummer

Antragsteller (VN)

Zu versichernde Person Geb.-Dat.

Angaben der zu versichernden Person

A. A Allgemeine Fragen

1. Zur beruflichen Tätigkeit

Die vollständigen Angaben zur beruflichen Tätigkeit können dem beigefügten persönlichen Vorschlag /Antrag entnommen werden (falls nein bitte die weiteren Fragen in diesem Punkt beantworten). ja nein

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)?

.....

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? ja nein

Falls ja: Welchen?

In welcher Branche sind Sie tätig?

- | | | | |
|--------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Zu welcher Gruppe gehören Sie? | <input type="checkbox"/> Angestellte/Arbeiter | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes | |
| | <input type="checkbox"/> Selbstständige | <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) | <input type="checkbox"/> Beamte |
| | <input type="checkbox"/> Lehrlinge | <input type="checkbox"/> Vorstände (Kapitalgesellschaft) | <input type="checkbox"/> Freiberufler |
| | <input type="checkbox"/> Studenten | <input type="checkbox"/> Wehrdienst/Zivildienst/Freiwilliges soziales Jahr | <input type="checkbox"/> Schüler |
| | <input type="checkbox"/> Praktikanten | <input type="checkbox"/> in Pflegekarenz | <input type="checkbox"/> Arbeitslose |
| | <input type="checkbox"/> Geringfügig Beschäftigte | <input type="checkbox"/> in Bildungskarenz | |
| | <input type="checkbox"/> in Elternkarenz | <input type="checkbox"/> im Ruhestand | |

Bei Studenten: Studienfach:

Bei Selbstständigen/GGF/Freiberuflern: Seit wann sind Sie ununterbrochen selbstständig?/.....(Monat/Jahr)

Entspricht Ihre Berufsausbildung Ihrer derzeitigen Tätigkeit? ja nein

Weitere Angaben: vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt, Std. pro Woche

Höchster
Abschluss:

- keiner Fachschulabschluss MBA
 Pflichtschulabschluss Matura (Fach-) Hochschulabschluss
 Lehrabschluss Meisterprüfung

Sind Sie leitend / geschäftsführend tätig?

ja nein

Falls ja: Wie viele Personen führen Sie? 0 - 4 5 - 9 10 - 24 mehr als 25

Wie groß ist der Anteil an Bürotätigkeit inklusive eventueller Führungstätigkeit?

0% - 39% 40% - 59% 60% - 74% 75% - 100%

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in %

0% - 30% 31% - 45% 46% - 60% 61% - 100%

Bei kaufmännischen Berufen: Verfügen Sie über eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ja nein

2. Zu Auslandsaufenthalten

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten?

ja nein

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? Zu welchem Zweck?

3. Zu Freizeitaktivitäten

Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (z. B. Klettern/Bergsport, Tauchen, Motorsport, Fliegen)?

ja nein

Falls ja: Welche?

Beantworten Sie bitte die zugehörigen Fragebögen zu Sport- und Freizeitrisiken.

4. Zu den Körpermaßen

Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht? cm kg

5. Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Name /Fachrichtung:

Anschrift:

6. Zur Erreichbarkeit

Wann und wie sind Sie am besten für Rückfragen unserer Antragsprüfer zu erreichen?

Tag: Uhrzeit:

Telefon: Mail:

B. Gesundheitsfragen

(müssen so wie die Blöcke C und D nicht beantwortet werden, wenn ein Untersuchungsbefund erforderlich ist)

1. Sind Sie **derzeit** in **ärztlicher oder therapeutischer Behandlung** (bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Psychotherapeuten) ja nein

2. Werden Ihnen **derzeit Medikamente** verordnet?
Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel. ja nein

Falls ja: Welche?

3. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in der gleichen Angelegenheit mindestens 4-mal oder länger als 4 Wochen wegen **Erkrankungen, Verletzungen oder Beschwerden** bei Ärzten oder Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung? ja nein

Nicht zu berücksichtigen sind:

- Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausgeheilt sind (hierzu zählen Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt),
- Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind,
- Vorsorgeuntersuchungen, bei denen keine Erkrankung festgestellt wurde (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung),
- Zahnärztliche Behandlungen,
- Schwangerschaft oder Geburt,

4. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren operiert** oder waren Sie in einer **Klinik** (Krankenhaus, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder ist eine Operation oder ein Klinikaufenthalt in den **nächsten 12 Monaten** geplant oder ärztlich empfohlen worden? ja nein

Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen der Reproduktionsmedizin, unauffällige altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, Schwangerschaft/Geburt

5. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?
- a) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuß** ärztlich beraten oder behandelt ja nein
- b) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmittel** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein
- c) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ja nein
- d) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ja nein
- e) Ich habe einen **Suizidversuch** unternommen. ja nein

WICHTIG: Sofern Sie eine oder mehrere der Fragen 1. – 5. mit ja beantwortet haben oder bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung und/oder Berufsunfähigkeitsschutz (sofern nicht nur die Prämienbefreiung bis Jahresprämien netto EUR 3.000,- beantragt wird) bitten wir Sie jedenfalls die weiteren Fragen im Fragenblock C zu beantworten und die Details im Fragenblock D zu ergänzen.

C. Erweiterte Gesundheitsfragen

bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung oder bei BU-Schutz (BU-Jahresrente inkl. prämienbefreite Jahresprämie netto), sofern nicht nur die Prämienbefreiung bis Jahresprämien netto EUR 3.000,- beantragt wird, oder wenn Fragen aus dem Block B mit ja beantwortet wurden

6. Fragen zum **aktuellen Gesundheitszustand:**

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen** oder **Beschwerden**? ja nein

- Unfallverletzung (z.B. Knochenbrüche)
- Allergie (z.B. Heuschnupfen)
- Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis)
- Erkrankung der Augen (z.B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
- Erkrankung der Ohren (z.B. Hörstörung, Tinnitus)
- Körperliche Gebrechen (z.B. Amputationen), Organfehler, angeborene Erkrankung

7. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?

Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.

- a) **Sinnesorgane*** (z.B. Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörsturz) ja nein
- b) **Allergien*** (z.B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien) ja nein
- c) **Haut*** (z.B. Ekzeme, Hautkrebs) ja nein
- d) **Herz, Kreislauf*** (z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. Diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung) ja nein
- e) **Atmungsorgane*** (z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma) ja nein
- f) **Verdauungsorgane*** (z.B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber) ja nein
- g) **Harn-, Geschlechtsorgane*** (z.B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust) ja nein

- h) **Stoffwechsel*** (z.B. Diabetes*, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
- i) **Bluterkrankungen*** (z.B. Bluter) ja nein
- j) **Psyche, Gehirn, Nervensystem*** (z.B. Burnout, Angstzustände, Migräne, Depression, Bulimie, Multiple Sklerose) ja nein
- k) **Bewegungsapparat*** (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus, Bänderverletzung, Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew) ja nein
- l) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten*** (z.B. Tuberkulose, Malaria) ja nein
- m) **Sonstige:** ja nein

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

8. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- a) Ich beziehe eine **Rente** wegen **Unfall oder Erkrankung**** ja nein
- b) Ich habe eine **Berufskrankheit**** ja nein
- c) Ich habe eine **anerkannte Behinderung**** ja nein
- d) Ich habe eine **angeborene Erkrankung** ja nein

** Bitte Bescheid/Rentenbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis)

D. Ergänzende Gesundheitsangaben wenn Fragen im Block B oder C mit ja beantwortet wurden

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Fragenblöcke B oder C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Art, Verlauf, Folgen (z.B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten, Kur-/Rehaanstalten mit Anschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

E. Angaben zur Versicherungssituation bei beantragter Berufsunfähigkeitsrente

(bei Rentenhöhen über EUR 12.000 p.a. (bei Selbstständigen mit akademischer Ausbildung bzw. leitenden Funktionen mit über 10 Mitarbeitern über EUR 25.000,-) verwenden Sie bitte den Fragebogen „Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz (EV4)“)

Bestehen für Sie neben dem Anspruch aus der gesetzlichen Sozialversicherung weitere Ansprüche für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Verlust einer Grundfähigkeit?

- * Private Versicherungen bei der Allianz oder einem anderen Versicherer oder ist neben diesem Antrag noch ein weiterer beantragt? nein ja jährliche Rente ca. EUR
- * Betriebliche Altersversorgung (Pensionszusage, Direktversicherung, Pensionskasse)? nein ja jährliche Rente ca. EUR
- * Berufsständische Versorgung? nein ja jährliche Rente ca. EUR
- * Sonstige? nein ja jährliche Rente ca. EUR

Vorstehende Fragen sind von mir wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet worden. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich verantwortlich, auch wenn ich das Formular nicht selbst ausgefüllt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu versichernden Person
(zusätzlich gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)