

BOS-Nummer

# Anhang zum Antrag auf einen ÖBV Unfallschutz

vom t tmmj j j j für AntragstellerIn (VersicherungsnehmerIn = VN)

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum

## Vollständige Gesundheitsfragen für VP:

Titel, Vorname, Nachname:

Geburtsdatum: t tmmj j j j

## Leitfaden/Erläuterungen zur Risikobeurteilung

Wenn mindestens einer der folgenden Punkte zutrifft, müssen alle Gesundheitsfragen für diese neu zu versichernde Person vollständig beantwortet werden:

- > VS für den Leistungsbaustein Dauernde Invalidität liegt über EUR 100.000,-
- > für den Leistungsbaustein Dauernde Invalidität wurde die Progressionsvariante 300 % premium oder 600 % premium gewählt
- > Leistungsbaustein Unfallrente lebenslang oder Unfallrente temporär wurde gewählt
- > Leistungsbaustein Invaliditäts-Vollversicherung wurde gewählt

### Vorliegen eines Ausschlussgrundes

Liegt mindestens ein Ausschlussgrund (siehe Hauptantrag Seite 8) vor, sind alle Gesundheitsfragen für diese zu versichernde Person vollständig zu beantworten, damit die ÖBV über die Annahme des beantragten Versicherungsschutzes entscheiden kann.

## Vollständige Gesundheitsfragen

### 1. Haben Sie Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten und/oder bestehen körperliche oder geistige Schäden (z.B. Amputationen, Versteifungen, Bewegungseinschränkungen, Wirbelsäulenverkrümmungen, Lähmungen, Missbildungen, Nervenschäden, Demenz, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit)?

ja nein

Unfälle: Unfalldatum, Unfallverletzung, Unfallfolgen?

Schäden: Welche, seit wann, Ursache?

folgenlos ausgeheilt ja nein

Wenn ja, seit wann t tmmj j j j

### 2. Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Muskeln oder Sehnen (z.B. Wirbelsäulenerkrankungen, künstliche Gelenke, Arthritis, Osteoporose, Rheuma)?

ja nein

Art der Erkrankung, Beschwerden, Art der Behandlung, Operationen

stationär ambulant

von t tmmj j j j bis t tmmj j j j

Name, Adresse der ÄrztInnen/Krankenhäuser

folgenlos ausgeheilt seit

Anmerkungen

### 3. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und/oder eine dauernde Invalidität? (Bei positiver Beantwortung ist eine Kopie des Invaliditätsbescheids (inkl. Sachverständigengutachten) als Beilage zwingend erforderlich.)

ja nein Wieviel Prozent?

Seit wann? t tmmj j j j

Warum?

### 4. Bestehen oder bestanden Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen), des zentralen und/oder peripheren Nervensystems (z.B. des Gehirns, Rückenmarks, Epilepsie, Parkinsonismus, Multiple Sklerose), Geisteskrankheiten oder psychische Störungen (z.B. Depressionen, Alzheimer-Krankheit, Schizophrenie), des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit), der Ohren, der Augen, bösartige Erkrankungen, Suchtkrankheiten (z.B. Alkohol, Suchtmittel, Medikamentenmissbrauch), wurde eine Organtransplantation durchgeführt?

ja nein

Art der Erkrankung, Beschwerden, Art der Behandlung, Operationen

stationär ambulant

von t tmmj j j j bis t tmmj j j j

Name, Adresse der ÄrztInnen/Krankenhäuser

folgenlos ausgeheilt seit t tmmj j j j

Anmerkungen

**5. Sind Sie krankheitshalber oder unfallbedingt vorzeitig in Pension?**

ja      nein      Wann? t tmmj j j j

Warum?

**6. Nehmen oder nahmen Sie häufig oder regelmäßig Medikamente oder Suchtmittel zu sich? Wie hoch ist/war Ihr täglicher Alkohol- und/oder Nikotinkonsum?**

ja      nein

Welche (Medikamente/Suchtmittel)/Was (Nikotin/Alkohol)?

von t tmmj j j j bis t tmmj j j j      Wie viel täglich?

**7. Name und Adresse der Hausärztin/des Hausarztes oder der Ärztin/des Arztes, die/der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist.**

Name und Adresse der Ärztin/des Arztes

Die zu versichernde Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass die Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden. Sie nimmt zur Kenntnis, dass im Sinne der für ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust der Leistungsansprüche führen können.

Der/Die AntragstellerIn und die zu versichernde Person machen diesen Anhang durch ihre Unterschriften zum Inhalt des Antrags. Der/Die AntragstellerIn bestätigt, dass er/sie eine Kopie dieses Anhangs erhalten hat.

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift Vermittlerin/Vermittler

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift Antragstellerin/Antragssteller<sup>1</sup>

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift der versicherten Person<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters erforderlich.