

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON
zum Antrag auf eine **Lebensversicherung**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Wenn der vorgesehene Raum zur Beantwortung der Fragen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte die Rückseite und weisen Sie darauf hin!

Bei „JA“ bitte genaue Angaben!

Bestehen bereits Lebens-, Kranken-, oder Berufsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie welche beantragt?	<input type="checkbox"/> JA, Welche? Versicherer? Polizzenummer?	<input type="checkbox"/> NEIN
Wurde jemals ein derartiger Antrag abgelehnt, mit Erschwerung angenommen, zurückgestellt oder ein bestehender Vertrag gekündigt?	<input type="checkbox"/> JA, Welcher? Versicherer? Polizzenummer?	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit explosiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Aufenthalt in Gefahrengebieten, Teilnahme an Wettbewerben, Tauchen tiefer als 40 m, Hänge-, Paragleiten, Extremsportarten o.ä.)	<input type="checkbox"/> JA, Welcher Art?	<input type="checkbox"/> NEIN

GESUNDHEITSFragen

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen (z.B. des Herz- Kreislaufsystems, Blutes, Verdauungstraktes, Stoffwechsels, der Atmungsorgane, Knochen, Nerven, Leber, Nieren, Drüsen oder Geschlechtsorgane)?	<input type="checkbox"/> JA, Welche? Seit wann bestehend? Ausgeheilt?	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer sonstigen Heilstätte behandelt, operiert oder untersucht worden?	<input type="checkbox"/> JA, Wann? Weshalb? Wo?	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie mit Strahlen behandelt worden oder erfolgte eine Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> JA, Wann? Weshalb? Wo?	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z.B. Labor, EKG, Blutdruck, Röntgen), eine HIV-Infektion bzw. Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> JA, Welche? Wann?	<input type="checkbox"/> NEIN
Besteht ein Leiden oder ein Gebrechen (z.B. Wirbelsäulenverkrümmung, Folgen nach Unfällen oder Kinderlähmung) bzw. eine Störung des Hör- oder Sehvermögens?	<input type="checkbox"/> JA, Welches?	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente oder Drogen bzw. stehen Sie in regelmäßiger medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/> JA, Welche? Seit bzw. bis wann? Arzt?	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich?	<input type="checkbox"/> JA, Welche? Wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/> NEIN
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> JA, Was? Wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/> NEIN
Ihre Größe und Ihr Gewicht:		cm kg
Bitte geben Sie uns den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes und/oder des Arztes bekannt, der über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert ist:		

Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben wurden. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen von Krankheiten oder Gebrechen, die mir bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann. Ich stimme ausdrücklich zu, dass der Versicherer bei Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht und entbinde die Befragten für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht. Besteht bei der Wiener Städtischen für mich eine Krankenversicherung, ermächtige ich Sie zur Einsichtnahme.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
------------	--