

Gesundheitsfragebogen

zum Lebensversicherungsantrag vom

Polizze Nr.:

versicherte Person:

Geb. Dat.:

Größe (cm):

Gewicht (kg):

Gewicht vor 12 Mon.:

Fragen

Bitte folgende Fragen stets beantworten! Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ersuchen wir Sie, im Punkt 16 immer ausführliche Angaben zu Erkrankung, Zeitpunkt und behandelnden Arzt/Krankenhaus zu machen.

1	Bestehen bereits Lebensversicherungen mit Leistung bei Tod, bei bestimmten Erkrankungen, bei Invalidität, Berufsunfähigkeit, bei Erwerbsunfähigkeit oder haben Sie welche beantragt? <input type="checkbox"/> ja Gesellschaft: _____ Versicherungssummen: _____ <input type="checkbox"/> nein Wurde jemals ein derartiger Antrag abgelehnt, mit Erschwerung angenommen oder zurückgestellt? <input type="checkbox"/> ja Gesellschaft: _____ <input type="checkbox"/> nein
2	Sind Sie in Beruf, Sport oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt? z.B. Umgang mit Sprengstoffen oder radioaktiven Substanzen, Aufenthalt in Gefahrengebieten, Wettfahrten, Flugrisiko, sonstige extreme Sportarten (z.B. Drachenfliegen, Paragleiten, Ballonfahren, Fallschirmspringen, Tauchen, Bergsteigen, Bungeespringen, Wildwasserfahren usw.)? <input type="checkbox"/> ja Welchen? _____ <input type="checkbox"/> nein a) Wird der Einschluss einer dieser besonderen Gefahren beantragt? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
3	a) Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ <input type="checkbox"/> nein b) Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder Suchtgifte? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
4	Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wieviel pro Tag? _____ <input type="checkbox"/> nein
5	a) Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> Wieviel pro Tag? _____ <input type="checkbox"/> nein b) Haben Sie jemals mehr geraucht? <input type="checkbox"/> ja Wann: _____ Wieviel pro Tag? _____ <input type="checkbox"/> nein
6	a) Hatten Sie Unfälle? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wann? _____ <input type="checkbox"/> nein b) Welche Dauerfolgen haben die Unfälle hinterlassen? c) Von wem und in welcher Höhe haben Sie Entschädigung erhalten? Gesellschaft: _____ Summen: _____
7	Leiden oder litten Sie in den letzten 10 Jahren an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden a) des Herzens , des Kreislaufes oder der Gefäße z.B. erhöhter Blutdruck, Herzbeschwerden, Herzfehler, Druckgefühl im Brustbereich, Atemnot, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) der Atmungsorgane z.B. Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) der Verdauungsorgane z.B. Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Gelbsucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein d) der Nieren oder Harnwege , z.B. Nierenerkrankung, Blasenkrankung, Eiweiß- oder Zuckerausscheidung im Harn? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein e) der weiblichen oder männlichen Geschlechtsorgane z.B. Gebärmutter, Brustdrüsen, Prostata? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein f) des Nervensystems z.B. Lähmungen, Epilepsie, Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein g) der Psyche z.B. Depressionen, Selbstmordversuch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein h) der Augen , z.B. Kurzsichtigkeit, Blindheit? <input type="checkbox"/> ja Anzahl der Dioptrien: links _____, rechts _____, <input type="checkbox"/> nein i) der Ohren , z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein j) der Haut , z.B. Schuppenflechte, Ekzem? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein k) des Skeletts , z.B. Wirbelsäule, Bandscheiben, Rückgratverkrümmung, Bewegungseinschränkung, Amputation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein l) des Stoffwechsels , der Drüsen , der Milz , des Blutes , z.B. Gicht, Schilddrüse, Diabetes, erhöhte Blutfette, Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8	Bestanden oder bestehen			
	a) Krebs oder andere Geschwulstkrankheiten? <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
	b) Allergien? <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
	c) akute oder chronische Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, AIDS, Tuberkulose, Malaria? <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
	d) häufig wiederkehrende Viruserkrankungen, bakterielle Erkrankungen oder Pilzkrankungen im Bereich der Atmungsorgane, Magen- und Darmorgane, der Haut, der Harn- und Geschlechtsorgane oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems? <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
	e) Folgen früherer Krankheiten, Unfälle, Vergiftungen, oder Verletzungen? <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
	f) sonstige Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder körperliche Gebrechen, nach denen vorstehend nicht ausdrücklich gefragt wurde? <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
9	Wurden zu irgendeiner Zeit nicht normale Ergebnisse bei Spezialuntersuchungen festgestellt? (z.B. Elektrokardiogramm, Röntgen, Blutdruckmessung, Urin- und Blutuntersuchung, AIDS-Test) <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein
10	Sind Sie in den letzten 10 Jahren operiert worden oder steht eine Operation bevor? <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein
11	Waren Sie außer bei den angeführten Operationen in stationären Krankenhausbehandlungen (auch Sanatoriumsbehandlungen) oder kam es zu Kur- bzw. Heilstättenaufenthalten? (Auch Aufenthalte zu bloßen Untersuchungszwecken sind anzugeben.) <input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein
12	Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja in welchem Monat? <input type="checkbox"/> nein			
13	Wann haben Sie zuletzt einen Arzt in Anspruch genommen und warum?			
14	Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist:			
15	Sind bei Ihren leiblichen Eltern oder Geschwistern vor Vollendung des 65. Lebensjahres Herz- oder Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Krebs, Diabetes, Multiple Sklerose, Lähmungen, Nervenerkrankungen oder Blindheit aufgetreten? (Nur zu beantworten bei „Lebens-Wert-Vorsorge“) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		Alter	Gesundheitszustand (falls nicht gesund, bitte Erkrankung angeben)	Alter zum Zeitpunkt des Todes
	Mutter			
	Vater			
	Brüder/ Schwestern			
16	Ausführliche Angaben zu den Fragen, die mit ja beantwortet wurden:			
zu Ziffer	Art der Erkrankung, Beschwerde, Veränderung	Wann? Wie lange?	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses	

Verletzung der Anzeigepflicht: Ich erkläre, dass alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden und nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen von erheblichen Gefahrenumständen, die mir bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, zum Rücktritt vom Vertrag führen kann. Für die Richtigkeit der Antworten erkläre ich mich auch dann voll verantwortlich, wenn Sie nicht von mir, sondern von einer anderen Person niedergeschrieben wurden.

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten: Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Niederösterreichische Versicherung AG zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen Ärzten und Fachärzten sowie sonstigen von mir in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenvorsorge und Gesundheitsvorsorge einholen darf.

Ort,

Datum

Unterschrift der versicherten Person