

Vertrieb /Antr. Nr. / Vers.-Nr.	über Herrn/Frau	geboren am
Straße/Hausnummer Postleitzahl/Wohnort	Beruf	

Untersuchungsauftrag. Zur Risikobeurteilung eines Lebensversicherungsantrages ist eine Untersuchung mit HIV-Antikörper-Test gem. diesem Formular (siehe Teil III) erforderlich. Für die Untersuchung vergüten wir ein Honorar in Höhe von 75 EUR (einschl. Umsatzsteuer). Sofern angekreuzt, bitten wir, folgende Zusatzuntersuchungen gegen gesonderte Kostenrechnung durchzuführen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ergometrie einschl. Ruhe-EKG unter mindestens submaximaler Belastung; bitte fügen Sie die EKG-Streifen mit allen Ableitungen bei.
Cholesterin (mit HDL/LDL)
Gamma-GT
Harnsäure | <input type="checkbox"/> Vollständiges Blutbild
Nüchternblutzucker
Triglyceride
Kreatinin
SGPT und SGOT
Bestimmung der BSG |
|--|---|

I. Fragen an den Arzt

Bitte hier nähere Angaben

1. Wodurch haben Sie sich von der Identität der zu untersuchenden mit der zu versichernden Person überzeugt?	
2. Sind Sie mit der zu versichernden Person verwandt oder verschwägert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ist sie schon früher von Ihnen untersucht, beraten oder behandelt worden? Wenn ja, bitte möglichst vorliegende Befundberichte und EKG-Streifen einsenden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wann und weshalb?

II. Erklärung vor dem Arzt

1. Angaben über die Eltern	Alter zur Zeit bzw. bei Tod	Falls krank, woran leiden sie?	Wenn verstorben, Todesursache?
Vater			
Mutter			
2. Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welchen?			
3. Sind Sie privat bzw. im Sport besonderen Gefahren ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welchen?			
4. Fühlen Sie sich gegenwärtig vollkommen gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn nicht, weshalb? Woran leiden Sie?	
5. Haben Sie in den letzten zwei Jahren <input type="checkbox"/> an Gewicht zugenommen <input type="checkbox"/> abgenommen?		Wieviel? kg	Wodurch?
6. Haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten oder leiden Sie noch daran?		Nähere Angaben (Diagnose, Zeitpunkt, Dauer) Name und Anschrift des Arztes oder Heilkundigen	
6.1 Epileptischen Anfällen, Krämpfen, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, Bewußtseinsstörungen, Depressionen, Geistesstörungen oder anderen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven oder des Gemüts		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.2 Mittelohrentzündung, Ohrenfluß, Schwerhörigkeit oder anderen Erkrankungen der Ohren		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.3 Beeinträchtigung der Sehfähigkeit oder anderen Erkrankungen der Augen, ggf. Dioptrien li.: re.:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.4 Lungentuberkulose, trockene oder feuchte Rippenfellentzündung, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Heiserkeit oder anderen Erkrankungen der Atmungsorgane		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.5 Herzinfarkt, Atemnot, Durchblutungsstörungen des Herzens oder der Gefäße, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, erhöhtem Blutdruck, Schlaganfall oder anderen Störungen des Herzens oder der Gefäße (z. B. Krampfadern, Venenentzündungen, Thrombose)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.6 Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren, Magen- oder Darmblutungen, Gallenkoliken, Leberentzündung, gehäuften Durchfällen oder sonstigen Erkrankungen der Verdauungsorgane (einschl. Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.7 Nieren- oder Nierenbeckenentzündung, Stein- oder Grießbildung der Harnorgane, Eiweiß- oder Blutausscheidung, Prostatavergrößerung oder anderen Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.8 Erkrankungen der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, des Blutes, der Drüsen, der Milz, der Haut oder anderer Organe		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.9 Geschwülste der inneren Organe, der Haut, der Knochen, insbesondere Krebs		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.10 Zuckerkrankheit, Zuckerausscheidung, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Blutfettstörungen, Erhöhung der Harnsäurewerte, Gicht oder anderen Stoffwechselstörungen (bitte Ergebnisse eventuell vorliegender Spezialuntersuchung angeben)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

	Bitte hier nähere Angaben und Name und Anschrift des Arztes oder Heilkundigen
6.11 TBC, Syphilis oder anderen Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.12 Gelenkrheumatismus oder anderen rheumatischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.13 Sonstigen Krankheiten, Gebrechen, körperlichen Fehlern oder Beschwerden (z. B. Allergien), nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
nur bei Frauen	
7.1 Erkrankungen der Brüste, der Unterleibsorgane, unregelmäßige Blutungen, Fehl- oder Frühgeburten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.2 Sind nach Fehl- oder Frühgeburten noch normale Geburten erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.3 Besteht Schwangerschaft? (in welchem Monat?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachstehende Fragen zur Vergangenheit beziehen sich auf die letzten 10 Jahre .	
8. Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig oder gewohnheitsmäßig Alkohol, Drogen oder Medikamente? Art? Menge?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Werden oder wurden Sie mit Herzmitteln, blutzucker-, blutdruck- oder harnsäuresenkenden oder sonstigen, den Stoffwechsel beeinflussenden Mitteln behandelt? Wann? Art? Dosis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.1 Haben Sie Wehrdienstbeschädigungen, anerkannte Berufskrankheiten, Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Wann? Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.2 Sind hiervon Folgen zurückgeblieben? Welche? (evtl. Prozentsatz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Sind Sie operiert worden? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Sind Sie mit Röntgenstrahlen, Radium oder sonstigen radioaktiven Stoffen behandelt worden? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Wurde eine Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung durchgeführt? Wann? Weshalb? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Wurde ein Elektrokardiogramm gefertigt? Wann? Weshalb? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Wurden Laboruntersuchungen durchgeführt? Wann? Welche? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Wurde bei Ihnen durch Blutuntersuchung eine HIV-Infektion festgestellt? Wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Sind Sie von anderen Ärzten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, einem Sanatorium, einer Kuranstalt oder in einem Heilbad ärztlich behandelt worden? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Wenn ja: Was und wieviel täglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?	Name
	Anschrift
Wann und weshalb haben Sie ihn in Anspruch genommen?	Wann? (Monat, Jahr)
	Weshalb?
21. Ich bin mit der auf Seite 4 erläuterten Vereinbarung „Wichtig für die zu versichernde Person“ einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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.

Meine Unterschrift gilt auch für die auf Seite 4 unter „Wichtig für die zu versichernde Person“ abgedruckte Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung.

Darüberhinaus gebe ich ausdrücklich meine Zustimmung für eine Blutentnahme zur Durchführung eines HIV-Antikörper-Tests.

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
-----------	-------------------------------------

III. Untersuchungsbefund

Bitte hier nähere Angaben

1. Körpermaße	Gewicht kg	Größe cm	
1.1 Umfang des Brustkorbes	eingeatmet cm	ausgeatmet cm	
1.2 Umfang des	Halses cm	Leibes cm	
2. Macht die zu untersuchende Person einen kranken, vorzeitig gealterten Eindruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2.1 Bestehen Skoliose, Kyphose oder eine sonstige Mißbildung? Fehlen Gliedmaßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2.2 Besteht eine Erkrankung der Knochen, der Gelenke, der Haut oder der Schleimhäute?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2.3 Zeigen sich Narben, Spuren früherer Ausschläge, Geschwüre oder Geschwülste? (Wo?) Kropf? Drüenschwellungen? (Verdacht auf Tumor?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Bestehen Ohrenfluß, Schwerhörigkeit oder der Verdacht auf ein sonstiges Ohrenleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3.1 Bestehen Kurzsichtigkeit höheren Grades (Wieviel Dioptrien?) oder Verdacht auf ein sonstiges Augenleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Zeigt die Prüfung der Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) einen krankhaften Befund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4.1 Ergab die Prüfung des Nervensystems und der Psyche einen krankhaften Befund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist das Herz vergrößert? (Wenn ja: nach welcher Seite und in welchem Ausmaß?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5.1 Ergibt die Auskultation der Herztöne einen pathologischen Befund? (Wenn ja: welchen?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5.2 Sind die Töne verstärkt? (Wenn ja: welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5.3 Sind Geräusche hörbar? (Welche? Wo? In welcher Phase?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5.4 Sind die Geräusche	<input type="checkbox"/> organisch oder <input type="checkbox"/> akzidentell?		
6. Puls und Blutdruck	Pulsschläge je Minute	Extrasyst.	Blutdruck in mm Hg systol. diastol.
6.1 in Ruhe			
6.2 nach Belastung			
6.3 Art der Belastung			
6.4 Rückkehrzeit des Pulses zum Ruhewert	Minuten		
6.5 Treten Pulsunregelmäßigkeiten auf? in Ruhe nach Belastung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
6.6 Sind die Fußpulse abgeschwächt oder fehlen sie? Sind Stenosegeräusche hörbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
7. Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen? (Atemnot, Zyanose, Oedeme?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7.1 Sind arteriosklerotische Veränderungen vorhanden oder anzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Sind Krampfadern vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. Besteht Heiserkeit? Husten? (Seit wann? Ursache?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.1 Weichen Form und Wölbung des Brustkorbes von der Norm ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.2 Ergeben Perkussion und Auskultation einen krankhaften Befund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.3 Besteht ein Anhalt für eine Erkrankung der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

11. Besteht ein krankhafter Befund an Zunge, Mandeln oder Rachen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
11.1 Zeigen Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauchs (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm) einen krankhaften Befund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
11.2 Insbesondere: ist die Leber vergrößert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
11.3 Besteht ein Anhalt für eine Erkrankung der Verdauungsorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
12. Harnuntersuchung: Wurde der Harn in der Praxis entleert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Eiweiß (mg/dl)	Zucker (mg/dl)
12.1 Sedimentbefund: (falls Eiweiß oder Ery im Harn)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Ery (µl)
12.2 Besteht ein Anhalt für eine Erkrankung der Harn- und Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
13. Wurden weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
14. Besteht nach dem Aussehen oder auf Grund der Untersuchung der Verdacht auf Mißbrauch von Alkohol, Nikotin oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
15. HIV-Antikörper-Test			Zeitpunkt	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
16. Ergebnis der Laboruntersuchungen, sofern im Untersuchungsauftrag (siehe Seite 1) angefordert.			Cholesterinbestimmung:	(normal bis)
			HDL:	(normal ab)
			LDL:	(normal bis)
			Gamma GT:	(normal bis)
			Harnsäurebestimmung:	(normal bis)

Bemerkungen

Der Arzt kann zwar der untersuchten Person krankhafte Befunde mitteilen, jedoch wird dringend gebeten, sich nicht über die Versicherungsfähigkeit zu äußern, weil damit der Gesellschaft, die möglicherweise auch noch andere Gesichtspunkte berücksichtigen muß, vorgegriffen wird.

Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?
Wann (Tag und Stunde) und wo hat die Untersuchung stattgefunden?

Ort/Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
-----------	-------------------------------------

Honorar/Liquidation

		Das Honorar bitte ich zu überweisen an:
Untersuchungsbericht (einschl. Umsatzsteuer)	75 EUR	Bank/Sparkasse/Postgiroamt Bankleitzahl Konto-Nr.
EKG	EUR	
Laboruntersuchungen	EUR	
HIV-Antikörper-Test	EUR	
Liquidation	EUR	

Wichtig für die zu versichernde Person

Ermächtigung zur Befragung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person

Ich ermächtige die Gesellschaft, zur Überprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen ich in Behandlung und Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen, dies gilt für die Zeit vor und die nächsten 3 Jahre (5 Jahre bei Vorliegen einer HIV-Infektion, bei Abschluß einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung und bei kapitalbildenden Lebensversicherungen mit vorgezogener Leistung bei bestimmten schweren Erkrankungen) nach Abschluß des Vertrages.

Die Gesellschaft darf auch im Falle meines Todes die Ärzte, die die Todesursache festgestellt und die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersucht und/oder behandelt haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Ursache und/oder die Krankheiten, die zu meinem Tode geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit beansprucht, darf die Gesellschaft die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen für die genannten Zeiträume auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Ausmaß und Umfang sowie voraussichtliche bzw. bisherige Dauer der zur Beruf-/ Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitstörungen befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

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 an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. 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/Unternehmen des Gerling-Konzern 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. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

HDI-Gerling
Lebensversicherung AG

Sitz der Gesellschaft: Köln
Amtsgericht Köln, HRB 603

www.hdi-gerling.de

Zentrale Köln
Gereonshof
50670 Köln
Telefon +49 221 144-1, Fax +49 221 144-3833

Deutsche Bank AG, Köln
BLZ 370 700 60 – Konto-Nr. 1128222

Niederlassung Wiesbaden
Hans-Bredow-Str. 1
65173 Wiesbaden
Telefon +49 611 795-0, Fax +49 611 795-555

BHF-Bank Wiesbaden
BLZ 510 200 00 – Konto-Nr. 9-041609

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Herbert Haas

Vorstand: Dr. Hans Löffler (Vors.),
Michael Beetz, Lüder Mehren,
Udo Münstermann, Thomas Schulz,
Wolfgang Rüd, Rüdiger Will