

Pflichtfelder sind durch * und farblich gekennzeichnet

| | | |
|--------------|---|---|
| 1.1.e | Die Höhe der bestehenden und beantragten jährlichen privaten Berufsunfähigkeitsrenten und Invaliditätsrenten aus betrieblichen Versorgungszusagen beträgt mehr als 60% des Brutto-Jahreseinkommens (Festgehalt) aus nichtselbständiger oder Jahresgewinn vor Steuern aus selbständiger/gewerblicher Tätigkeit? (Nicht zu beantworten für Studierende, Schüler/innen, Auszubildende, Hausfrauen/-männer) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 1.2.a | Wird beabsichtigt innerhalb der nächsten 12 Monate außerhalb der EU einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt anzutreten? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 1.2.b | Wird eine der folgenden Sportarten ausgeübt? (Bitte den entsprechenden Fragebogen einreichen) | |
| | Motorsport (z.B. Motocross, Rallye, Rundstreckenrennen) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Kampfsport (z.B. Boxen, Judo, Karate) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Wassersport (z.B. Kajak, Kitesurfen, Segeln) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Bergsport (z.B. Bergsteigen, Downhill, Klettern) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Flugsport (z.B. Fallschirmspringen, Paragliding, Segelflug) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Tauchsport (z.B. Pressluft-, Apnoe-, Mischgastauchen) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Reitsport (z.B. Dressur, Military, Springreiten) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | gefährerhebliche Mannschaftssportarten (z.B. Rugby, Eishockey, American Football) * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 1.2.c | Liegen berufliche Gefahren vor? (z.B. Umgang mit explosiven/radioaktiven/toxischen Stoffen oder mit Waffen, Sondereinsätze) - Nicht zu beantworten für Studierende, Schüler/innen und Hausfrauen/-männer * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der VP, die mit "Ja" beantwortet wurden

zu Ziffern 1.1.a - d: Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen)

zu Ziffer 1.1.e: Wie viel mehr?

zu Ziffer 1.2.a: Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes?

zu Ziffer 1.2.b: Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?

zu Ziffer 1.2.c: Welche?

Weitere Informationen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. Ein gesondertes Schreiben mit _____ Seiten wird unterschrieben beigefügt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

15 Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

| | | |
|--------------|--|---|
| 2.1 | Körpergröße in cm * 175 | Gewicht in kg * 70 |
| 2.2 | Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden | |
| 2.2.a | des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.b | der Atmungsorgane (z.B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.c | an Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.d | der Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.e | der Brustdrüse (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Pflichtfelder sind durch * und farblich gekennzeichnet

| | | |
|--------|---|---|
| 2.2.f | des Stoffwechsels (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.g | in Form von Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolyphen)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.h | in Form von Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.i | des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, wiederholte oder mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.j | der Psyche (z.B. ADHS, Angststörungen, Burn-out-Syndrom, Depression, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, Stress-Syndrom, Legasthenie, Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungstörungen, Sprachstörungen, Selbsttötungsversuch)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.2.k | Bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.2.a bis 2.2.j, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.3 | Wurden im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.4 | Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.5 | Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre ambulante Behandlungen von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren durchgeführt? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.6 | Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Behandlungen von Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.7 | Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, stationäre Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich angeraten oder vorgesehen? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.8 | Fand innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums eine ärztliche Beratung oder Behandlung statt? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.9 | Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Drogen konsumiert? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.10 | Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom) oder wurde eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.11 | Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden | |
| 2.11.a | der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder (z.B. Bandscheibenschaden, Hexenschuss, Skoliose, ärztlich behandelte Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Meniskusverletzung, Bänderriss, Gelenkentzündung, ärztlich festgestellter Gelenkverschleiß, Sehnenentzündung, Rheuma, Bechterew-Krankheit)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.11.b | der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, Netzhautveränderungen, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen, eingeschränktes Sehvermögen)? * Dioptrienwerte links: _____ Dioptrienwerte rechts: _____ | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.11.c | der Ohren (z.B. Minderung der Hörfähigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusch), Gleichgewichtsstörungen)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.11.d | der Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.11.e | allergischer Ursache (z.B. Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergien)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.11.f | Bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.11.a bis 2.11.e, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.12 | Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.13 | Bestehen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Behinderung [GdB], Grad der Schädigungsfolgen [GdS]) oder Pflegegrad? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.14 | Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? - Nicht zu beantworten für minderjährige Versicherte * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2.15 | Bestand in den letzten 5 Jahren eine länger als 2 Wochen dauernde zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit oder war die Teilnahme am Schulunterricht krankheitsbedingt nicht möglich? * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Welche/-er Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung *