

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen der zu versichernden Person für die Grundfähigkeitsversicherung (Allianz Körperkasko)**Vorvertragliche Anzeigepflicht**

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Alle Antragsteller und zu versichernden Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Antragsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Risikoverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff sowie 162 und 163 VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Angaben zur Versicherung

Antrag- / Polizzennummer _____

Antragsteller (VN) _____

Zu versichernde Person _____ Geb.-Dat. _____

Angaben der zu versichernden Person**A. A Allgemeine Fragen****1. Zur beruflichen Tätigkeit**

Die vollständigen Angaben zur beruflichen Tätigkeit können dem beigefügten persönlichen Vorschlag / Antrag entnommen werden (**falls nein bitte die weiteren Fragen in diesem Punkt beantworten**). ja nein

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)?

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? ja nein

Falls ja: Welchen? _____

Bei Studenten: Studienfach: _____

Wie groß ist der Anteil an Bürotätigkeit inklusive eventueller Führungstätigkeit?
 0% - 39% 40% - 59% 60% - 74% 75% - 100%

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in %
 0% - 30% 31% - 45% 46% - 60% 61% - 100%

2. Zu Auslandsaufenthalten

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? ja nein

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? Zu welchem Zweck? _____
_____**3. Zu Freizeitaktivitäten**

Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (z. B. Klettern/Bergsport, Tauchen, Motorsport, Fliegen)? ja nein

Falls ja: Welche? _____

Beantworten Sie bitte die zugehörigen Fragebögen zu Sport- und Freizeitrisiken.

4. Zu den Körpermaßen

Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht? _____ cm _____ kg

5. Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Name /Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

6. Zur Erreichbarkeit

Wann und wie sind Sie am besten für Rückfragen unserer Antragsprüfer zu erreichen?

Tag: _____ Uhrzeit: _____

Telefon: _____ Mail: _____

7. Angaben zur Versicherungssituation

Bestehen für Sie neben dem Anspruch aus der gesetzlichen Sozialversicherung weitere Ansprüche für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Verlust einer Grundfähigkeit? (Bitte auch bejahen, wenn eine der Versicherungen aktuell beantragt ist.)

- | | | |
|--|----------------------------|--|
| * Private Versicherungen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja jährliche Rente ca. EUR _____ |
| * Betriebliche Altersversorgung (Pensionszusage, Direktversicherung, Pensionskasse)? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja jährliche Rente ca. EUR _____ |
| * Berufsständische Versorgung? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja jährliche Rente ca. EUR _____ |
| * Sonstige? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja jährliche Rente ca. EUR _____ |

Verwenden Sie bitte den Fragebogen "Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz (EV4)" bei Rentenhöhen über € 12.000 p.a., bei Selbstständigen mit akademischer Ausbildung bzw. leitenden Funktionen mit über 10 Mitarbeitern über € 25.000.

B. Gesundheitsfragen bei einer jährlichen Gesamtrente aus der Allianz Körperkasko bis 12.000 EUR

1. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, sonstigen nichtärztlichen Heilbehandlern in **Behandlung**, zur **Beratung** oder zur **Untersuchung aus anderen Gründen als nur wegen**

- Erkältungskrankheiten (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt), die folgenlos ausgeheilt sind,
- Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind,
- Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), die ohne krankhaften Befund blieben,
- zahnärztliche Behandlung, oder
- Allergien.

ja nein

2. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig**?

ja nein

3. Nehmen oder nahmen Sie in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von **mehr als 4 Wochen durchgehend verschreibungspflichtige Medikamente** ein? Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel.

ja nein

4. Werden oder wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren **folgende Erkrankungen behandelt oder festgestellt**:

Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Diabetes, psychische Erkrankungen, HIV-Infektion/AIDS, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates (z. B. Rücken, Knie, Hüfte, Amputation), Multiple Sklerose, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Augenerkrankungen, Seh- oder Hörstörungen (z. B. Tinnitus)?

ja nein

WICHTIG: Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, den gesamten Fragenblock C zu beantworten.

C. Gesundheitsfragen bei jährlicher Gesamtrente aus der Allianz Körperkasko ab 12.001 EUR oder bei Bejahung einer oder mehrerer Fragen aus Fragenblock B (müssen so wie der Block D nicht beantwortet werden, wenn ein Untersuchungsbefund erforderlich ist)

5. Fragen zum **aktuellen Gesundheitszustand**:

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen** oder **Beschwerden**?

- Unfallverletzung (z. B. Knochenbrüche)
- Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
- Erkrankung der Ohren (z. B. Hörstörung, Tinnitus) ja nein

6. Werden Ihnen **derzeit verschreibungspflichtige Medikamente** verordnet?

Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel. ja nein

Falls ja: Bitte erfassen Sie alle Erkrankungen, für die Ihnen derzeit Medikamente verordnet werden:

7. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in **Behandlung, Beratung** oder **Untersuchung** wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?

Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt, Sportverletzungen, die folgenlos ausgeheilt sind.

- a) **Blut** (z. B. Bluter, Eisenmangelanämie) ja nein
- b) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung) ja nein
- c) **Atmungsorgane*** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma) ja nein
- d) **Verdauungsorgane*** (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber) ja nein
- e) **Harn, Geschlechtsorgane** (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust, Geschlechtskrankheiten) ja nein
- f) **Bewegungsapparat*** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus, Bänderverletzung, Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew) ja nein
- g) **Infektionen** (z. B. Tuberkulose, Malaria) ja nein
- h) **Stoffwechsel*** (z. B. Diabetes*, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
- i) **Psyche, Gehirn, Nervensystem*** (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Migräne) ja nein

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

8. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren operiert** oder ist eine Operation in den **nächsten 12 Monaten geplant**?

Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin ja nein

9. Waren Sie in den **letzten 10 Jahren** in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein **Klinikaufenthalt** in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**?

Nicht zu berücksichtigen sind: unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt. ja nein

10. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- a) Ich wurde **in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuß** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein
- b) Ich wurde **in den letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein
- c) Ich beziehe **eine Rente** wegen **Unfall oder Erkrankung****. ja nein
- d) Ich habe eine **Berufskrankheit****. ja nein
- e) Ich habe eine **anerkannte Behinderung****. ja nein
- f) Ich habe eine **angeborene Erkrankung**. ja nein
- g) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ja nein
- h) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ja nein

** Bitte Bescheid/Rentenbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis).

D. Ergänzende Gesundheitsangaben wenn Fragen im Block C mit ja beantwortet wurden

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen des Fragenblocks C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten, Kuranstalten mit Anschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vorstehende Fragen sind von mir wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet worden. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich verantwortlich, auch wenn ich das Formular nicht selbst ausgefüllt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu versichernden Person
(zusätzlich gesetzlicher Vertreter bei
Minderjährigen)