Ihr persönlicher Berater:

Freier, selbständiger und ungebundener Versicherungsmakler im WIFO Verbund

Anlage

Medizinische Risikoprüfung

Angaben zur versicherten Person

Anrede*	☐ Herr ☐ Frau	Geburtsdatum*	(TT.MM.JJJJ)
Titel		Größe*	cm
Name*		Gewicht*	kg
Vorname*		Ausgeübter Beruf*	

Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich nach. Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung.

1.	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	☐ Ja ☐ Nein
2.	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel zu sich genommen? **(Bei der Continentale, LV1871 und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
3.	Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen ärztlich beraten/behandelt? **(Bei der Continentale, LV1871 und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
4.	Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? **(Bei der Continentale, LV 1871 und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
5.	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär behandelt (auf Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen? **(Bei der Allianz, AXA, DÄV, DBV, Dialog, Bayerische, Hanse Merkur, HDI, LV1871 und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
6.	Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre operiert, auch ambulant? **(Bei der Allianz, AXA, DÄV, DBV, Dialog, Hanse Merkur, Bayerische, HDI, LV1871 und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
7.	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Beschwerden und/oder erfolgten Behandlungen oder Beratungen (ärztliche, psychologische/psychotherapeutische, heilkundliche) wegen	
7.1	des Herzens, der Kreislauforgane, Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Thrombose, Arteriensklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzklappenfehler, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Verschlußkrankheit)	☐ Ja ☐ Nein
7.2	der Atmungsorgane (z.B. Kehlkopf-, Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe, Asthma, Bronchitis, Emphysem)	☐ Ja ☐ Nein
7.3	der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber (z.B. Magen- oder Darmgeschwüre, Sodbrennen, Morbus Crohn, Entzündungen, Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Leberzirrhose, Blut im Stuhl, Fettleber)	☐ Ja ☐ Nein
7.4	der Nieren, der Harnwege, der Geschlechtsorgane, Prostata (z.B. Blut oder Eiweiß im Urin, Steinleiden, Zysten, Entzündungen, Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaftskomplikationen)	☐ Ja ☐ Nein
7.5	des Gehirns, der Nerven oder Rückenmarkes (z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Epilepsie, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Multiple Sklerose, Lähmungen, Nervenentzündungen, Parkinson-Krankheit)	☐ Ja ☐ Nein
7.6	der Psyche (z.B. Depressionen, Angst-, Zwangs-, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Stresssyndrom, Schmerzsyndrom, Erschöpfungszustände, Burn-out-Syndrom, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, Hyperaktivität, Neurosen) **(Bei der Continentale und LV1871 Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
7.7.1	der Augen: Kurzsichtigkeit / Weitsichtigkeit Falls ja, Dioptrien: links rechts	☐ Ja ☐ Nein
7.7.2	anderer Augenerkrankungen (z.B. Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, grauer- oder grüner Star, Netzhautablösung, Hornhauterkrankungen, erhöhter Augendruck)	☐ Ja ☐ Nein
7.8	der Ohren (z.B. Tinnitus, Hörsturz, Hörverlust oder -minderung, Schwindel, Lärmschaden)	☐ Ja ☐ Nein
7.9	der Haut oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Ekzeme, Neurodermitis, Dermatosen, auffällige Leberflecke, Verbrennungen)	☐ Ja ☐ Nein
7.10	des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Blutzucker-, Cholesterin-, Harnsäureerhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)	☐ Ja ☐ Nein
7.11	der Drüsen, der Milz oder des Blutes (z.B. Blutarmut, Leukämie, Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankheit) **(Bei der Continentale Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein

Die mit einem (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

© Copyright WIFO GmbH

Ihr persönlicher Berater:

Freier, selbständiger und ungebundener Versicherungsmakler im WIFO Verbund

Anlage

Medizinische Risikoprüfung

7.12	Infektionskrankheiten, des Immunsystems (z.B. angeborene Immundefekte, Tropenkrankheiten, AIDS, chronische Leberentzündungen, Tuberkulose)	☐ Ja ☐ Nein
7.13	des Rückens oder Nackens (z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Fehlstellung der Wirbelsäule, Rückenschmerzen, Morbus Bechterew, Ischias, Hexenschuß, Schleudertrauma)	☐ Ja ☐ Nein
7.14	der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z.B. Meniskusverletzungen, Gelenkschmerzen, Hüftveränderungen, Rheuma, Knochenbrüche, Arthrose, Entzündungen, Fibromyalgie)	☐ Ja ☐ Nein
7.15	Tumoren oder Geschwülsten (z.B. Krebs, Hirntumore, Leukämie, Lymphome, Zysten, vergrößerte Lymphknoten, Melanome, Darmpolypen) **(Bei der Continentale Abfragezeitraum 10 Jahre!)**	☐ Ja ☐ Nein
7.16	Unfälle, Vergiftungen, Verstrahlungen oder Amputationen?	☐ Ja ☐ Nein
8.	Bestehen geistige Behinderungen oder körperliche Beeinträchtigungen oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch GdB oder MdE angeben)?	☐ Ja ☐ Nein
9.	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	☐ Ja ☐ Nein
10.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben?	☐ Ja ☐ Nein
11.	Sind oder waren Sie – außer wegen den in 1 bis 10 angegebenen Beschwerden, Krankheiten – innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)?	☐ Ja ☐ Nein
12.	Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?	

Einzelheiten

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 1. bis 11. an, die mit »Ja« beantwortet wurden. ☐ Ergänzende Angaben siehe Zusatzblatt

Frage	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	Arzt, Psychologe, Krankengymnast, Heilpraktiker, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)?

Bei den vorgehend aufgeführten Fragen handelt es sich um Fragen des Versicherers, bei welchem Sie mit dem zugehörigen Antrag Versicherungsschutz beantragen.
Auf die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ im beiliegenden Antragsformular wird hingewiesen.
Ich erkläre, dass sich mein Gesundheitszustand seit Beantwortung der Risikovoranfrage nicht geändert hat.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in bzw. Antragsteller/-in

Unterschrift versicherte / bzw. zu versichernde Person

Die mit einem (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

© Copyright WIFO GmbH