Anlage:

Medizinische Risikoprüfung

Stand: 10/2015

Angaben zur versicherten Person

Anrede:*	☐ Herr ☐ Frau	Geburtsdatum:*	
Titel:		Größe:*	
Nachname:*		Gewicht:*	
Vorname:*		Erlernter Beruf:*	
Raucher:*	☐ Ja ☐ Nein	Derzeitiger Beruf:*	
Akademischer Titel:*		☐ Arbeitnehmer	☐ Selbständig

Prozentuale Aufteilung Ihrer Tätigkeit*:

Kaufm. im Büro: % Kaufm. im Außendienst: % Körperliche Tätigkeit: %

Derzeitiges monatl. Nettogehalt*: €

Die mit einem (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

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 Allianz, Continentale, LV1871, die Bayerische 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 Allianz, Continentale, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)*	☐ Ja	☐ Nein
4.	Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? *(Bei der Continentale und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre! LV1871 unbegrenzt!)*	☐ Ja	☐ Nein
5.	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär behandelt (auf Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie, im Krankenhaus) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen? *(Bei der Allianz, AXA, DÄV, DBV, Dialog, Hanse Merkur, HDI, LV1871, die Bayerische und Swiss Life Abfragezeitraum 10 Jahre!)*	☐ Ja	☐ Nein
6.	Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre operiert? *(Bei der Allianz, AXA, DÄV, DBV, Dialog, Hanse Merkur, HDI, LV1871, die Bayerische 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, Lunge, Zwerchfell, Lungenentzündung)*	☐ 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

WIFO
Gewerbering 15
76287 Rheinstetten
Tel. 0 72 42 / 930-0
Fax 0 72 42 / 930-100
E-Mail: info@wifo.com
Internet: www.wifo.com

7.4	der Nieren, der Harnwege, der Geschlechtsorgane, Prostata (z.B. Blut oder Eiweiß im Urin, Steinleiden, Zysten, Entzündungen, Nierenfunktionsstörungen)	☐ 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, Schmerz syndrom, 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 *Wenn ja, Dioptrien vor Lasik: Dioptrien rechts: rechts: Dioptrien links: links:*	☐ 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
7.12	Infektionskrankheiten, des Immunsystems *(z.B. angeborene Immundefekte, Tropenkrankheiten, HIV-Infektion, chronische Leberentzündungen, Tuberkulose, Borreliose, Hepatitis)*	☐ 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 Allianz und Continentale Abfragezeitraum 10 Jahre! LV1871 und HDI unbegrenzter Abfragezeitraum für bösartige Tumorerkrankungen (Krebs oder Leukämie)*	☐ Ja	☐ Nein
7.16	Unfälle, Knochenbrüche, Vergiftungen, Verstrahlungen, oder Amputationen?	☐ Ja	☐ Nein
7.17	Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstärungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche. *(lediglich bei der Swiss Life)*	☐ Ja	☐ Nein
8.	Bestehen geistige Behinderungen oder körperliche Beeinträchtigungen oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen? *(falls erteilt, auch GdB oder GdS oder WdB 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? (Bei Swiss Life, die letzten 3 Jahre)	☐ 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 oder fanden Untersuchungen statt oder beabsichtigen Sie sich in Behandlung zu begeben 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)*?		

WIFO
Gewerbering 15
76287 Rheinstetten
Tel. 0 72 42 / 930-0
Fax 0 72 42 / 930-100
E-Mail: info@wifo.com
Internet: www.wifo.com

Anlage:

Medizinische Risikoprüfung

Einzelheiten

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 1 bis 11 an, die Sie mit „Ja“ beantwortet haben. ☐ 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)?

Hinweis & Erklärung

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.

Ihr persönlicher Berater:

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in bzw. Antragsteller/-in

Unterschrift versicherte, bzw. zu versichernde Person

Freier, selbständiger und ungebundener Versicherungsmakler im WIFO-Verbund

WIFO

WIFO
Gewerbering 15
76287 Rheinstetten
Tel. 0 72 42 / 930-0
Fax 0 72 42 / 930-100
E-Mail: info@wifo.com
Internet: www.wifo.com

Anlage

Allergische Erkrankungen

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch? *Bitte ggf. genaue Angaben zu den einzelnen Stoffen Insektengift, Arzneimittel, Hausstaub/ Hausstaubmilbe, Gräser/Pollen, Schimmelpilz, Tierhaar, Kontaktallergie, Nahrungsmittel, sonstige Stoffe (z. B. Metalle, Chemikalien, etc.)*

Wie äußert sich die Allergie? Welche Beschwerden/Symptome treten auf? *Augenbrennen/Augenrötung, Schnupfen/Niesen, Hautjucken/ Hautausschlag, Reizung der Atemwege, Bronchitis, Asthma, sonstige*

Waren Sie in den letzten 3 Jahren, bzw. sind Sie derzeit aufgrund der allergischen Beschwerden arbeitsunfähig oder konnten Ihren täglichen Aktivitäten nicht nachgehen? ☐ Ja ☐ Nein

Treten die Beschwerden/Symptome das ganze Jahr oder nur zeitweise/saisonal auf*? *ganzjährig, saisonal, von - bis: (*z.B. Pollenflugzeit, Arbeitsplatz)*

Nehmen/nahmen Sie deswegen Medikamente (z.B. Kortison), Salben, Sprays, etc. ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: bei Bedarf, dauernd, regelmäßig, wann zuletzt, Name des Medikaments:

Haben Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt mit Pflanzen, Tieren, Chemikalien oder Staub, Mehl, Dämpfen oder Rauch? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie aufgrund Ihrer Allergie(n) einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? *Wenn ja, bitte nähere Angaben* ☐ Ja ☐ Nein

Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

WG1079-1_20140625