

Gesundheitsfragebogen

Versicherungsnehmer

zu versichernde Person

Angaben der zu versichernden Person

A Allgemeine Fragen

1. Zur beruflichen Tätigkeit

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Weitere Angaben Angestellter Arbeiter Beamter Selbständiger
 Schüler Student Auszubildender arbeitslos

Bei Selbständigen Seit wann sind Sie ununterbrochen selbständig?

Berufsanfänger ja nein (Berufsanfänger sind Personen, die in den letzten 3 Jahren nicht mindestens 24 Monate in ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig waren)

Sind Sie aufsichts-/geschäftsführend oder verwaltend tätig? ja nein
a) Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? _____ Personen
b) Anteil der körperlichen Tätigkeit? _____ %
c) Anteil der Bürotätigkeit? _____ %

Berufs-/Hochschul-ausbildung Berufsausbildung Universität/Fachhochschule/Berufsakademie
Ausbildungsberuf/Studienabschluss

2. Zu Auslandsaufenthalten

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten anzutreten? ja nein

Falls ja: Wohin? Wann? Wie lange?

3. Zu Sport, Hobby und Freizeit

Üben Sie Aktivitäten mit **Unfallgefahr** und/oder **Verletzungsrisiko** aus bzw. sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt? (z.B. Motorrad fahren, Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Bergsport, Skitouren, Tauchen, Hochseesegeln, Klettern, Drachenfliegen, Gerätetauchen, Wettfahrten) ja nein

Falls ja: Welche?

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 orientiert?

Name/Fachrichtung

Anschrift

Gesundheitsfragebogen

B Gesundheitsfragen

1. Waren Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen **mehr als 14 Kalendertage** durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? ja nein

2. Haben in den letzten **10 Jahren Krankenhaus- Rehabilitations-, Kuraufenthalte** oder **ambulante Operationen** (z.B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein

3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **10 Jahren Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?** ja nein

4. Werden oder wurden Sie in den letzten **10 Jahren** wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? ja nein

5. Wurde bei Ihnen jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt? ja nein

6. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen **Krankheiten oder Beschwerden**

a) des **Herzens** oder des **Kreislaufs** (z.B. Erkrankungen der Herzkranzgefäße, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)? ja nein

b) der **Atmungsorgane** (z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)? ja nein

c) der **Verdauungsorgane** (z.B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)? ja nein

d) der **Harn- oder Geschlechtsorgane** (z.B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust)? ja nein

e) des **Stoffwechsels** (z.B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin, Schilddrüsenerkrankungen)? ja nein

f) des **Blutes** oder wegen **Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs)? ja nein

g) **entzündlichen Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen** (z.B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)? ja nein

h) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z.B. Tuberkulose, Malaria)? ja nein

i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems** (z.B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose)? ja nein

j) des **Rückens** (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall)? ja nein

k) der **Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern** oder anderer Stellen im **Bewegungsapparat** (z.B. Meniskus, Bänderverletzung)? ja nein

7. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten **3 Monaten Beschwerden** in einem der unter 6 a) - l) genannten Bereiche? ja nein

8. Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter Nr. 6 und 7 genannten Erkrankungen oder Beschwerden **Medikamente** verordnet? ja nein

Falls ja: Welche?

9. Sind Sie **Nichtraucher?** (Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen.) ja nein

10. Haben oder hatten Sie in den letzten **5 Jahren Unfälle, Knochenbrüche** oder **Vergiftungen?** ja nein

11. Leiden oder litten Sie in den letzten **5 Jahren** an einer **Allergie** (z.B. Heuschnupfen)? ja nein

Gesundheitsfragebogen

Falls ja: Wogegen sind Sie allergisch?

Leiden oder litten Sie in den letzten **5 Jahren** an **Neurodermitis** oder **sonstigen Hauterkrankungen**?

ja nein

12. Besteht eine **Fehlsichtigkeit** von 8 Dioptrien und mehr; haben oder hatten Sie eine **sonstige Sehstörung** oder **Erkrankung der Augen** (z.B. grauer oder grüner Star)?

ja nein

13. Haben oder hatten Sie in den letzten **5 Jahren** eine **Hörstörung** oder **Ohrensausen**?

ja nein

14. Besteht ein **körperliches Gebrechen** (z.B. Amputation), ein **Organfehler** oder eine **angeborene Erkrankung**?

ja nein

15. Beziehen, bezogen oder beantragen Sie eine **Rente** oder **Pension** wegen Unfall oder aus gesundheitlichen Gründen?

ja nein

16. Besteht eine **Erwerbsminderung** (MdE), **Wehrdienstbeschädigung** (WDB) oder eine **Schwerbehinderung** (GdB)? Grad? _____ %

ja nein

17. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten **3 Monaten Beschwerden** in einem der unter 10 - 16 genannten Bereiche?

ja nein

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details im Frageblock D zu ergänzen.

C Angaben zur Versicherungssituation

Wie hoch war Ihr **durchschnittliches Nettoeinkommen** der letzten 3 Jahre aus **beruflicher Tätigkeit**?

jährlich €

Bestehen bei anderen Gesellschaften Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder wurden solche beantragt?

ja nein

Gesellschaft

monatlich €

monatlich €

monatlich €

monatlich €

monatlich €

Gesundheitsfragebogen

D Ergänzende Gesundheitsangaben

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



Folgen noch weitere Gesundheitsangaben? nein ja, liegen bei ja, werden nachgereicht

E Unterschriften

--	--	--

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	Unterschrift zu versichernde Person
------------	----------------------------------	-------------------------------------