



Risikoprüfung

Dieses Gesprächsprotokoll dokumentiert Ihren Gesundheitszustand und Risiken in Beruf und Freizeit, sowie mögliche Auslandsrisiken.

Interessentendaten

Name: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Größe (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Raucher: [] NEIN [] JA; wieviele und was: _____

(Als Raucher gilt, wer in den letzten 12 Monaten - auch einmalig - Tabakprodukte (z.Bsp. Zigaretten, Zigarre, Pfeife, elektronische Rauchhilfe wie bspw. E-Zigarette/-Pfeife) konsumiert hat.)

Berufsdaten

Anteil [%] körperlicher Tätigkeit: _____

Bruttoarbeitseinkommen (€ p.a.): _____

Berufsstatus: _____

Anzahl Personalverantwortung: _____

Höchster Bildungsabschluss: _____

Reisetätigkeit [%]: _____

Tätigkeitsstatus: _____

Genauere Berufsbezeichnung: _____

Deckungsumfang

Jahresrente: _____

Versicherungssumme: _____

Risikobewertungsfragen

A - Sonderrisiken:	JA NEIN
1. Sind Sie Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten) ausgesetzt?	[] []
2. Sind Sie Gefahren bei Sport oder Hobby (z.B. Flugrisiko/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten oder Teilnahme an organisierten sportlichen Wettbewerben, Reiten, Fahren eines motorisierten Zweirades mit mehr als 50ccm, Quad oder Trike) ausgesetzt?	[] []
3. Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate in Krisengebiete oder länger als drei Monate in ein Land außerhalb der Europäischen Union zu reisen?	[] []

B - Versicherungsanträge/-verträge bei anderen Gesellschaften:	JA NEIN
1. Haben Sie bereits eine Lebens-, oder Invaliditätsversicherung (gegen Todesfall, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Unfallinvalidität), ggf. auch im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung oder ist eine solche beantragt?	[] []
2. Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Versicherungsanträge (Todesfall, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Unfallinvalidität) bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?	[] []

Bitte ergänzen sie die Antworten für die Fragen, bei denen Sie „JA“ angekreuzt haben:

C - Gesundheitsfragen:	JA NEIN
1. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren oder werden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?	[] []
2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen und/oder Betäubungsmittel ein?	[] []
3. Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der Psyche? z.B. Depression, psychosomatische oder somatoforme Störung, Persönlichkeitsstörung, Essstörung, Neurosen, Burn-out-Syndrom, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS)	[] []
4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen?	[] []
5. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	[] []
6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren zu Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden	
a. der Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens? z.B. Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie, Bandscheibenvorfall, Morbus Bechterew	[] []
b. der Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen oder Knochen oder Muskulatur? z.B. Fehlstellungen, Arthrose (Gelenkabnutzung), Bandverletzungen, Arthritis (Entzündung), Fibromyalgie, Sehnencheiden- oder Schleimbeutelentzündungen, Rheuma, Meniskusverletzung	[] []
c. des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße? z.B. Bluthochdruck, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herzfehler, Durchblutungsstörungen, Thrombose	[] []
d. des Nervensystems, des Gehirns oder des Rückenmarks? z.B. Schlaganfall, Epilepsie (Krampfanfälle), Multiple Sklerose, Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nervenentzündung, chronische Schmerzen, Seh-, Sprach- oder Gefühlsstörungen	[] []
e. des Blutes, der blutbildenden Organe oder im Rahmen von Tumorerkrankungen? z.B. Anämie (Blutarmut), Gerinnungsstörung, Leukämie (Blutkrebs), Darmkrebs, Hautkrebs, geschlechtsspezifische Tumoren (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata), Hirntumor, Zysten, Polypen, Lymphknotenschwellung, Geschwülste	[] []
f. im Rahmen von Infektions- oder Autoimmunerkrankungen? z.B. Rheuma, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Tuberkulose, Borreliose	[] []
g. der Atemwege? z.B. Asthma, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem	[] []
h. der Haut oder Allergien? z.B. auffällige Muttermale, Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzem, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen	[] []
i. der Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Magen, Darm)? z.B. erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Gastritis, chronische Darmerkrankung (Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn), Refluxkrankheit	[] []
j. der Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nieren, Blase, Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)? z.B. eingeschränkte Nierenfunktion, Zystennieren, Steinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Blut, Eiweiß), auffälliger PAP-Abstrich, Knoten in der Brust, erhöhter PSA-Wert	[] []
k. des Stoffwechsels oder des Hormonhaushalts? z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse, erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride)	[] []
l. wegen Fehlsichtigkeit? z.B. Weit- oder Kurzsichtigkeit, Astigmatismus oder Verordnung von Sehhilfen	[] []
m. der Augen? z.B. erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Entzündung des Sehnervs	[] []
n. des Halses, der Nase, der Ohren? z.B. chronische Heiserkeit, Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Gleichgewichtsstörungen	JA NEIN [] []

o. oder Störungen und Beschwerden infolge eines Unfalles, Verstrahlung oder Vergiftung?	[] []
7. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Organbereiche (Fragen im Abschnitt C Nr. 6a - o), ohne einen Arzt oder Behandler aufzusuchen?	[] []
8. Haben in den letzten 10 Jahren	
a. Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	[] []
b. oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	[] []
9. Bestehen oder bestanden körperliche Gebrechen (z.B. Fehlen von Gliedmaßen, Teil-Verluste oder Teil-Entfernung von Gliedmaßen oder Organen), geistige Beeinträchtigungen, erworbene Organfehler (z.B. erworbene Herzfehler), angeborene Erkrankungen (z.B. angeborene Herzfehler, Einzelniere) oder Entwicklungsstörungen oder Krebserkrankungen?	[] []
10. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), eine Erwerbsminderung (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder beziehen bzw. bezogen Sie Renten aus gesundheitlichen Gründen oder ist eine solche beantragt?	[] []
11. Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein bzw. wurde Ihnen die Einnahme verordnet?	[] []
12. Waren Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/ arbeitsunfähig?	[] []
13. Haben Sie einen Hausarzt bzw. einen Arzt oder Behandler (z.B. Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut), der über Ihre Gesundheitsverhältnisse umfassend informiert ist?	[] []

Bitte ergänzen sie die Antworten für die Fragen, bei denen Sie „JA“ angekreuzt haben: (Diagnose, Datum, Dauer, Heilbehandler, Behandlung, Medikamente, heutige Folgen und Beschwerden)

Seite 5 von 6 zu den Risikoangaben vom

Ergänzende Angaben:

Dieses Gesprächsprotokoll dokumentiert Ihre im heutigen Gespräch getätigten Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Risiken in Beruf und Freizeit, sowie zu möglichen Auslandsrisiken.

Bitte lesen Sie sich die Fragen und Ihre Antworten nochmals aufmerksam durch und bestätigen Sie uns deren Richtigkeit am Ende dieses Protokolls mit Ihrer Unterschrift.

Bitte achten Sie darauf, dass die Fragen zur versicherten Person und die Fragen zum Gesundheitszustand vollständig und richtig beantwortet sind. Nennen Sie auch solche Umstände, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so ist gewährleistet, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Wenn die Fragen nicht vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden, kann die Versicherungsgesellschaft den Vertrag ändern bzw. beenden und Leistungen verweigern. Die Aufzählung der in den obenstehenden Fragen genannten Erkrankungen hat beispielhaften Charakter und dient zur Orientierung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle vorstehenden Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich habe die Belehrung zu den möglichen Rechtsfolgen bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, sowie die Information zum Datenschutz an anderer Stelle zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift