



Gesundheitserklärung

Obligatorische Fragen an die versicherte Person. Antworten, die Sie hier nicht geben möchten oder dem Vermittler mitgeteilt haben und hier nicht aufgenommen wurden, sind dem Versicherer schriftlich durch eingeschriebenen Brief innerhalb einer Frist von einer Woche nachzureichen. Über die dem Vermittler mitgeteilte, hier aber nicht aufgenommene Antworten, erlangt der Versicherer ansonsten keine Kenntnis.

Vertrags-Nr.

Versicherungsnehmer (=VN)

Frau Herr Name, Vorname, Geburtsname		Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort, Land	E-mail

Versicherte Person

Frau Herr Name, Vorname, Geburtsname		
Erlerner Beruf	Aktuelle Tätigkeit	
Arbeitspensum	Ihre Körpergrösse	Ihr Gewicht
	%	cm kg

1. Bestehen bereits bei anderen Gesellschaften Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder wurden solche gleichzeitig beantragt? Falls ja, nennen Sie bitte Gesellschaft, Art und Höhe der Versicherung sowie das Datum der Antragstellung.

Ja Nein

2. Wurden Anträge auf Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von anderen Gesellschaften abgelehnt, zurückgestellt oder nur mit Erschwerung (z.B. Beitragszuschlag, Staffelung oder einschränkender Klausel) angenommen? Falls ja, nennen Sie bitte die Gesellschaft, das Datum der Antragstellung sowie die Art der Erschwerung.

Ja Nein

3. Sind Sie in Ihrem Beruf oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt? (z.B. Umgang mit gefährlichen Stoffen, längerer Aufenthalt in Ländern ausserhalb Europas, Ausübung von gefährlichen Sportarten wie z.B. Motor-, Segel- oder Drachenflug, Fallschirmsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Motorsport oder Teilnahme an Wettfahrten) oder üben Sie andere Sportarten regelmässig oder wettbewerbsmässig aus? Falls ja, bitten wir um weitere Angaben (Ggf. separaten Fragebogen verwenden)

Ja Nein

Die nachstehend in Klammern aufgeführten Erkrankungen oder Funktionsstörungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sind nur Beispiele für mögliche Erkrankungen bezogen auf das jeweilige Organ!

4. Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Beschwerden des Herz-/Kreislauf- oder Gefässsystems (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall), des Gehirns (z.B. Migräne), des Blutes (z.B. Gerinnungsstörungen), der Atmungsorgane (z.B. Asthma), des Gehörs, der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit), des Kehlkopfs, der Schilddrüse, der Bauchspeicheldrüse, der Milz, der Leber (z.B. Hepatitis), der Nieren, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Prostata, der Speiseröhre, des Magens, des Darms (z.B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), des Nervensystems oder der Psyche (z.B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Depressionen), des Stütz- und Bewegungsapparates (Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenke), der Haut (z.B. Neurodermitis) oder wurden bei Ihnen Tumore (z.B. Krebs), Zuckerkrankheit, Allergien, rheumatische Erkrankungen (z.B. chronische Arthritis), Gicht, Vergiftungen, Infektionskrankheiten oder erhöhte Blutfett- (z.B. Cholesterin) oder erhöhte Leberwerte festgestellt?

Erläuterungen zu der Frage 4, die Sie mit ja beantwortet haben. (Bitte verwenden Sie ggf. ein separates Blatt) Ja Nein

Art der Krankheit, Störungen oder Beschwerden:	Zeitraum:	Folgenlos ausgeheilt? Ja/Nein	Behandelnde Ärzte/ Krankenhäuser? Name und Adresse:
--	-----------	----------------------------------	---



5. Bestehen chronische Erkrankungen oder körperliche/geistige Beeinträchtigungen (z.B. angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen, Infektionen oder Unfällen, Amputationen)? Falls ja, bitten wir um nähere Angaben.

Ja Nein

6. Nehmen Sie zurzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren häufig oder regelmässig Medikamente, Schlaf- oder Beruhigungsmittel? Falls ja, welche, in welcher Menge und in welchem Zeitraum?

Ja Nein

7. Haben in den letzten 10 Jahren Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten? Falls ja, wann und aus welchem Grund?

Ja Nein

8. Beziehen oder bezogen Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Unfall oder wurde eine solche beantragt? Falls ja, machen Sie bitte weitere Angaben (z.B. Grund und Grad der Erwerbsminderung)

Ja Nein

9. Haben in den letzten 10 Jahren Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Rausch- (z.B. Alkohol) oder Betäubungsmitteln und / oder Drogen stattgefunden? Falls ja, weswegen und in welchem Zeitraum? Was genau und in welcher Menge pro Tag?

Ja Nein

10. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren o. ä. geraucht? Falls ja, was genau und in welcher Menge pro Tag?

Ja Nein

11. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?

Ja Nein

12. Welcher Arzt, Therapeut, Behandler (z.B. Heilpraktiker) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Name und Anschrift angeben.

Ja Nein

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person

[Signature box for policyholder]

[Signature box for insured person]

(soweit nicht identisch mit VN)