

Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

1. **Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen des Herz/Kreislauf- und/oder Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelerkrankung, Herzrhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung, Thrombose)?**

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um zu niedrigen Blutdruck oder Krampfadern der Beine (Besenreiser, Varizen)?

Nein Ja

Wenn **Nein**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

2. **Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen des Stoffwechsels (z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktionsstörung)?**

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um Schilddrüsenunterfunktion?

Nein Ja

Wenn **Nein**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen einer Tumorerkrankung (z. B. Krebs, bösartige Neubildung, Leukämie, Schilddrüsenknoten, Brustknoten, Hautknoten, Adenome)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um ein Lipom oder gutartige Muttermale/Warzen?

Nein Ja

Wenn **Nein**, bitte machen Sie ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen des Blutes und/oder der blutbildenden Organe (z. B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Milzvergrößerung, Gerinnungsstörungen)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen der Atemwege (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoesyndrom, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Funktionseinschränkung der Lunge, SARS-COV-2)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um akute Erkältungskrankheiten, akute Bronchitis, akute Mandel-/Kehlkopf- oder Nebenhöhlenentzündung oder einen grippalen Infekt?

Nein Ja

Wenn **Nein**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen der Verdauungsorgane (z. B. Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse bzw. Leberwerterhöhung, Blut im Stuhl, Magengeschwür, Leberentzündung, Fettleber, Entzündungen des Darms/der Bauchspeicheldrüse/der Speiseröhre)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um akute Magen-/Darminfekte, akute Gastritis, Gallensteine, Hämorrhoiden, Sodbrennen oder Blinddarmentzündung/-entfernung?

Nein Ja

Wenn **Nein**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

7. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen der Nieren, Harn-/Geschlechtsorgane (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Prostataentzündung, Nierensteine, Blut- oder Eiweißausscheidung im Urin, Zysten, erhöhte Nierenwerte, Unterleibs-entzündung)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um einen akuten Harnwegsinfekt/eine Blasenentzündung?

Nein Ja

Wenn **Nein**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

8. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen einer chronischen Erkrankung/Infektion (z. B. chronische Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Unterleibs-entzündung)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, handelte es sich ausschließlich um folgenlos ausgeheilte „Kinderkrankheiten“ (z. B. Windpocken, Scharlach, Röteln, Mumps, Masern) oder einen grippalen Infekt?

Nein Ja

Wenn **Nein**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.?)

9. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen des Nervensystems und Gehirns (z. B. Epilepsie, Lähmungen, Multiple Sklerose, behandlungsbedürftige Migräne oder Kopfschmerzen, Schwindel, Gehirnverletzung)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.)

10. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen wegen der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?

Nein Ja

Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben zu den Untersuchungsergebnissen (z. B. Was haben Sie genau, seit wann haben Sie dies, wie werden Sie behandelt, wurden Sie operiert etc.)

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person