

Die Risikovorfrage stellt keinen Versicherungsantrag dar, sondern dient zunächst einer Vorabinformation über die Versicherbarkeit eines bestimmten Risikos. Vor Antragsstellung ist insbesondere zu prüfen, ob bereits im Rahmen der Vorabanfrage gegebene Antworten zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch aktuell und zutreffend, d. h. insbesondere wahr und vollständig sind. Eine vollständige Belehrung über die dem Versicherer bei einer Verletzung der Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG zustehenden Rechte erfolgt im Moment der Antragsstellung auf den Originalformularen.

Berechnungsvorgaben der zu versichernden Person

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich Familienstand ledig verheiratet/zusammenlebend

Staatsangehörigkeit _____ Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Versicherungssumme _____ Euro

Derzeitige Berufstätigkeit _____

Sind Sie in Ihrem Beruf oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Flugrisiko – außer als Passagier –, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Freeclimbing, Wildwassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagden)?

Nein Ja

Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten zwölf Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als sechs Monaten?

Nein Ja

Bestehen bereits Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz auf Ihr Leben von insgesamt mindestens 100.000 Euro oder sind welche beantragt?

Nein Ja

Raucherstatus Nichtraucher seit mindestens zwölf Monaten Raucher

GESUNDHEITSPRAGEN

Finden/Fanden ambulante Beratungen/Untersuchungen/Behandlungen (auch Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen, Strahlen-, Chemotherapie) durch Ärzte und/oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physio- oder Psychotherapeut) statt und/oder sind solche beabsichtigt/angeraten? Bestehen/Bestanden Krankheiten, Unfallfolgen und/oder körperliche Schäden in Bezug auf:

1. Herz, Kreislauf/Gefäße (in den letzten fünf Jahren)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

2. Atmungsorgane (in den letzten fünf Jahren: z. B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe, Nasenscheidewandverbiegung, Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

3. Verdauungsorgane/Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (in den letzten fünf Jahren: z. B. Erkrankungen der Speiseröhre, Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

4. Harnorgane/Nieren (in den letzten fünf Jahren: z. B. Zysten, Nierensteine, Nierenbecken-/Blasenentzündung, Blut/Eiweiß im Urin)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

5. Geschlechtsorgane (in den letzten fünf Jahren: z. B. Myomen, Zysten, Brustdrüsen, Prostata)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

6. Stoffwechsel/Hormonhaushalt (in den letzten fünf Jahren: z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Schilddrüsenerkrankung, Erkrankungen anderer hormonproduzierender Drüsen, Cholesterinerhöhung)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

7. Blut bildende Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (in den letzten fünf Jahren: z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten, Gerinnungsstörungen)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

8. Schwere Infektionen (in den letzten fünf Jahren: z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis, SARS-CoV-2)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

9. Gehirn, Nerven/Nervensystem (in den letzten fünf Jahren: z. B. Epilepsie, Anfallsleiden, Lähmung, Gehirnerschütterung, Nervenentzündung, Parkinson, Migräne/Kopfschmerzen)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

10. Psyche (in den letzten fünf Jahren)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

11. Waren Sie in der gleichen Angelegenheit mindestens viermal oder länger als vier Wochen wegen Erkrankungen, Verletzungen oder Beschwerden bei Ärzten oder Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Physio- oder Psychotherapeuten) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung?

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

12. Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen, etc. angedacht oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus?

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

13. Wurden Sie in den letzten zehn Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder anderen entsprechenden Einrichtungen beraten, behandelt oder untersucht? (Angaben zu Schwangerschaften oder Geburten müssen nicht gemacht werden)

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

14. Nehmen/Nahmen Sie in den letzten zwei Jahren häufig oder regelmäßig (z. B. mindestens einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) Medikamente oder wurden Ihnen solche Medikamente verordnet?

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

15. Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen oder dauerhafte körperliche Beeinträchtigungen?

Nein Ja Wenn **Ja**, machen Sie bitte ausführliche Angaben

Zeitraum _____ Behandelnde Person(en) _____

Diagnose _____

Häufigkeit der Beschwerden _____ Art der Behandlung (Medikamente, etc.) _____

Letztes Untersuchungsergebnis/letzte Werte _____ Arbeitsunfähige Tage insgesamt _____

Anstehende Behandlungen/Untersuchungen _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an Risikovorfrage@dela.de