

Risikovorfrage

DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

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 Belegung 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 Geb.-Datum

Geschlecht männlich weiblich Familienstand single 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 Motorradsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Freeclimbing, Wildwassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagden)? Nein Ja

Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten? Nein Ja

Bestehen bereits Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz auf Ihr Leben von insgesamt mindestens 250.000 Euro oder sind welche beantragt? Nein Ja

Raucherstatus Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten Raucher

Gesundheitsfragen

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, Physiotherapeut, Psychotherapeut) statt und/oder sind solche beabsichtigt/angeraten? Bestehen/Bestanden Krankheiten, Unfallfolgen und/oder körperliche Schäden:

wegen des Herzens, Kreislaufs/Gefäßen (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen Atmungsorganen (z. B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapone, Nasenscheidewandverbiegung, Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen Verdauungsorganen/Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z. B. Erkrankungen der Speiseröhre, Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen Harnorganen/Nieren (z. B. Zysten, Nierensteine, Nierenbecken-/Blasenentzündung, Blut/Eiweiß im Urin) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen Geschlechtsorganen (z. B. Myome, Zysten, Brustdrüsen, Prostata) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen des Stoffwechsels/Hormonhaushaltes (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Schilddrüsenerkrankung, Erkrankungen anderer hormonproduzierender Drüsen, Cholesterinerhöhung) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen Blut bildender Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten, Gerinnungsstörungen) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen schwerer Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis)
(Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren)

 Nein

 Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen des Gehirns, der Nerven/des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Anfallsleiden, Lähmung, Gehirnerschütterung, Nervenentzündung, Parkinson, Migräne/Kopfschmerzen)
(Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren)

 Nein

 Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

wegen der Psyche (Relevanter Zeitraum: in den letzten 5 Jahren)

 Nein

 Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige**

Waren Sie in der gleichen Angelegenheit mindestens 4mal oder länger als 4 Wochen wegen Erkrankungen, Verletzungen oder Beschwerden bei Ärzten oder Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung?

 Nein

 Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen usw. angeraten oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus?

 Nein

 Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

Wurden Sie in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder anderen entsprechenden Einrichtungen beraten, behandelt oder untersucht (Angaben zu Schwangerschaften oder Geburten müssen nicht gemacht werden) (Relevanter Zeitraum: in den letzten 10 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

Nehmen/Nahmen Sie häufig oder regelmäßig, d. h. z. B. mindestens einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg, Medikamente oder wurden Ihnen solche Medikamente verordnet (Relevanter Zeitraum: in den letzten 2 Jahren) Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen oder dauerhafte körperliche Beeinträchtigungen? Nein Ja

Wenn Ja, bitte machen Sie Angaben zu **Diagnose, Zeitraum, Häufigkeit der Beschwerden, Art der Behandlung (Medikamente etc.), letztes Untersuchungsergebnis / letzte Werte, anstehende Behandlungen / Untersuchungen, behandelnde Person(en), arbeitsunfähige Tage insgesamt:**