

## MERKBLATT FÜR UNTERSUCHUNGEN

**Bitte kreuzen Sie im anhängenden Arztauftrag die erforderlichen Untersuchungen an.** Der Umfang der Untersuchung ergibt sich aus der untenstehenden Übersicht.

### Tipps zur Vorbereitung des Untersuchungsauftrages

- Bitte bereiten Sie den anhängenden Untersuchungsauftrag gemäß den angegebenen Summengrenzen und Hinweisen sorgfältig vor.
- Die Untersuchung sollte vom Hausarzt (Allgemeinarzt) oder von einem Internisten vorgenommen werden.
- Geben Sie bitte auf dem Ärztlichen Zeugnis den zuständigen Empfänger und – sofern bekannt – die Versicherungsnummer an.
- Die Gesellschaft übernimmt keine Kosten für nicht notwendige Untersuchungen.
- **Bei Risikoversicherungen mit einem jährlichen Nettobeitrag von weniger als 250 EUR müssen die Kosten vom Antragsteller übernommen werden.**
- Bei höheren Berufsunfähigkeits-/KSP-Renten benötigen wir auch die Antworten der „Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz“ (Druckstück EV---0004Z0).

### Ermitteln der Summengrenzen

**Maßgebend zur Ermittlung der Summengrenzen ist bei DLVAG die Gesamtleistung, ggf. inkl. Bonus. Bei Allianz Leben gilt die garantierte Leistung.**

Bei der Berechnung der Summengrenzen müssen alle beim jeweiligen Versicherer (AZL oder DLVAG) bestehenden Versicherungen, die in den letzten 5 Jahren ohne Untersuchung abgeschlossen wurden, berücksichtigt werden. Versicherungen nach dem Vermögensbildungsgesetz und listenmäßige Aufnahmen bleiben bei Einzelversicherungen und bei Versicherungen im Rahmen von Sammel-/Rahmenverträgen unberücksichtigt.

#### 1. Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge

Bei Hinterbliebenenrenten entspricht das Todesfallkapital dem Barwert der Rente. Dieser wird durch den für das jeweilige Eintrittsalter entsprechenden Faktor ermittelt. Die Faktoren sind in AMIS hinterlegt und werden automatisch berücksichtigt.

#### 2. Einmalbeitragszahlung – Ermittlung des Todesfallkapitals für die Untersuchungsgrenze

Bei Hinterbliebenenvorsorge mit Einmalbeitragszahlung wird als Todesfallkapital das „riskierte Kapital“ angesetzt. Vereinfachte Berechnung: Garantiekapital bei Tod abzüglich Einmalzahlung.

#### 3. Bausteine zur Berufsunfähigkeits-, Pflegevorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)

Die Rentenansprüche aus diesen Bausteinen (inkl. der entsprechenden Ansprüche aus Vorversicherungen der letzten 5 Jahre ohne Untersuchung) müssen getrennt behandelt werden. Der jeweils größere Untersuchungsumfang ist ausschlaggebend.

#### 4. Rentenversicherung mit Beitragsbefreiung (B) oder nur geringer BU-Rente

Als Risikosumme (Berufsunfähigkeitsleistung) gilt der Bruttojahresbeitrag aller Bausteine abzüglich der Berufsunfähigkeits-Bausteine. Maßgebend ist die Grenze für Untersuchungen für den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge. Gleiches gilt, wenn die BU-Rente geringer als die Beitragsbefreiung ist.

#### 5. Pflegevorsorge – Zusatzbaustein Kapitalzahlung bei schwerer Pflegebedürftigkeit

Der Umfang der Risikoprüfung wird über die Untersuchungsgrenzen für die Pflegerente mit abgedeckt.

**Hinweise zum automatischen Anfordern von Ärztlichen Berichten:** siehe Rückseite.

Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge		
Todesfallkapital ab	Eintrittsalter	Untersuchungen
400.001 EUR	15–60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen)
1.000.001 EUR	15–49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen)
	50–60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen)
4.000.001 EUR	15–49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)
	50–60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler

PESVA01663

Bausteine zur Berufsunfähigkeitsvorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)		
Berufsunfähigkeits-/KSP-Leistungen jährlich ab (B siehe Ziffer 4)	Eintrittsalter	Untersuchungen
30.001 EUR	15–60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest
36.001 EUR	15–49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest
	50–60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP
90.001 EUR	15–49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)
	50–60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP, Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler

Baustein zur Pflegevorsorge		
Pflegevorsorge ab	Eintrittsalter	Untersuchungen
30.001 EUR	15–29 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest
	30–70 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP
36.001 EUR	15–54 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP
	55–64 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP, Abdomensonografie
	65–70 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, NT-proBNP, Abdomensonografie, Echokardiografie

**Anfrage bei der zuständigen Abteilung:** – generell bei Eintrittsaltern bis 14 Jahre (Hinterbliebenenbaustein)  
– Pflegevorsorge ab Eintrittsalter 71 Jahre.

**Anforderung von Summen-HZ (Ärztlicher Bericht vom Hausarzt):**

Um sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz nicht durch irrtümlich vergessene Angaben zum Gesundheitszustand gefährdet wird, fordern wir ab bestimmten Eintrittsaltern und Versicherungsleistungen einen Ärztlichen Bericht vom Hausarzt bzw. dem Arzt an, der am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person Bescheid weiß. Maßgebend ist die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes.

• **Baustein Hinterbliebenenvorsorge:**

Risikoversicherung (L0) und gemischte Tarife:

– Eintrittsalter ab 50: Todesfallleistung ab 100.001 EUR\*)

• **Baustein BU-Vorsorge/KSP:**

– Eintrittsalter ab 50: BU-Rente/KSP ab 12.001 EUR\*)

• **Baustein Pflegevorsorge:**

– Eintrittsalter ab 50: Pflegerente ab 24.001 EUR\*)

\*) Ist im Antrag ein Hausarzt angegeben, wird die zuständige Abteilung bei diesem direkt ein hausärztliches Zeugnis anfordern; ist kein Hausarzt genannt, veranlassen Sie bitte sofort eine ärztliche Untersuchung mit dem Druckstück E----0105Z0. Bei Risikoversicherungen mit einem jährlichen Nettobeitrag von weniger als 250 EUR stimmen Sie sich bitte mit der zuständigen Abteilung ab.

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,  
vielen Dank für Ihren Versicherungsantrag.

Zur Bearbeitung des Antrags benötigen wir die Ergebnisse der unten angekreuzten ärztlichen Untersuchungen.  
Bitte geben Sie den vorbereiteten Untersuchungsauftrag zusammen mit dem Untersuchungsformular  
(Ärztliches Zeugnis – Druckstück E----0105Z0) dem Arzt .

Bitte beachten Sie: Da bei der Untersuchung auch eine Blutuntersuchung erfolgt, bitten wir Sie nüchtern zur Untersuchung zu kommen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG/Deutsche Lebensversicherungs-AG

bitte hier abtrennen

Allianz Lebensversicherungs-AG  
Deutsche Lebensversicherungs-AG



Untersuchungsauftrag

Herrn/Frau  
Dr. med.

Für Herrn/Frau

geb. am

wurde eine Personenversicherung beantragt.

**Bitte nehmen Sie nur die angekreuzten Untersuchungen vor.**

Honorar:

- Untersuchung nach dem beigefügten Druckstück E----0105Z0 und Blut-/Urinuntersuchung  
(nüchtern: kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS,  
Urinstreifentest) 145 EUR  
(inkl. Laborkosten)  
Sie können das Formular auch als beschreibbares PDF herunterladen:  
[https://business.allianz.de/formular\\_fuer\\_aerzte](https://business.allianz.de/formular_fuer_aerzte)
- HIV-Test (bei positivem Suchtest mit Bestätigungstest) 30 EUR  
(inkl. Laborkosten)
- Cotinin im Urin (nur für Nichtraucher, die einen Nichtrauchertarif beantragt haben) 55 EUR  
(inkl. Laborkosten)
- Stressechokardiografie 268 EUR
- Carotis-Doppler (Doppleruntersuchung der hirnversorgenden Arterien gemäß GOÄ 645) 128 EUR
- Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern) 26 EUR
- Abdomensonografie 65 EUR
- Echokardiografie 95 EUR
- NT-proBNP 33 EUR  
(inkl. Laborkosten)

Gesamt-Honorar inklusive Laborkosten:

EUR

**Alternativ** (bitte ankreuzen): Die Laborkosten werden vom Leistungserbringer gesondert in Rechnung gestellt. Ich bin damit einverstanden, dass das verbliebene Honorar erst nach Eingang der Laborkostenrechnungen an mich überwiesen wird.

Das Honorar ist zu überweisen:

IBAN-Nr.:

BIC-Nr.:

Geldinstitut: Bank, Sparkasse, Postbank

Kontoinhaber:

**Sollten Sie mit den aufgeführten Honoraren nicht einverstanden sein, nehmen Sie die Untersuchung bitte nicht vor.**

Kosten, die durch nicht verlangte, aber trotzdem durchgeführte Untersuchungen entstehen, kann die Gesellschaft nicht übernehmen.

Eine ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer ist in den Beträgen enthalten.

Sollten Sie mit der zu untersuchenden Person in einem Partnerschaftsverhältnis (dienstlich oder privat) stehen oder verwandt oder verschwägert sein, bitten wir, die Untersuchung nicht vorzunehmen.

Unterschrift und Stempel des Auftraggebers (Vermittler/Verwaltungsabteilung)

PESVA01663



## Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 10 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

8. Bestanden in den <b>letzten 10 Jahren</b> oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden		Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift)
a) des <b>Herzens</b> ? z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) des <b>Kreislaufs</b> oder der <b>Gefäße</b> ? z. B. Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
c) des <b>Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks</b> ? z. B. Seh-, Sprach-, sensorische Störungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung oder Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
d) der <b>Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens</b> ? z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
e) der <b>Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen oder Knochen oder Muskulatur</b> ? z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenkabnutzung), Arthritis (Entzündung), Bandverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Fibromyalgie, Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
f) der <b>Atemwege</b> ? z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
g) der <b>Haut, Allergien</b> oder <b>Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten</b> ? z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
h) der <b>Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Magen, Darm)</b> ? z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch, Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
i) der <b>Harnorgane</b> ? z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
j) des <b>Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz</b> ? z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
k) im Rahmen von <b>Infektions- oder Autoimmunkrankheiten</b> ? z. B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthrit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
l) der <b>Psyche</b> ? z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, psychosomatische oder somatoforme Störung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Waren Sie oder sind Sie derzeit <b>bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung</b> ? Falls ja, wann und weshalb (Name und Anschrift des Behandlers)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10. Haben Sie in den <b>letzten 10 Jahren Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen</b> erlitten? z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen mit bleibenden Organschäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Werden oder wurden Sie in den <b>letzten 10 Jahren wegen Alkoholkonsums, Medikamentenabhängigkeit, Spiel- oder Internetsucht beraten oder behandelt</b> ? Falls ja, wann, von wem (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

PESVA01663

12. Nahmen Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> oder nehmen Sie <b>Drogen</b> oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice <b>Falls ja</b> , welche, wann, Name und Anschrift beratenden / behandelnden Personen/Stellen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Fanden in den <b>letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante)</b> statt oder sind diese vorgesehen bzw. empfohlen? <b>Falls ja</b> , wann, weshalb, Kontrolluntersuchungen (Name und Anschrift, Fachrichtung des Arztes/der Klinik)? <b>Nicht anzugeben sind:</b> Blinddarmoperationen, Nasenscheidewandoperationen, Operationen grauer Star, Zahnoperationen, Mandeloperationen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14. Sind Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> in <b>Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien stationär</b> untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt? <b>Falls ja</b> , wann, weshalb (Name und Anschrift des Instituts)? <b>Nicht anzugeben sind:</b> Aufenthalte wegen Entbindung, Blinddarmentfernung, Mandelentfernung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15. Nahmen Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> oder nehmen Sie <b>regelmäßig</b> oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? <b>Falls ja</b> , wann, welche und weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### Abfragezeitraum der folgenden Fragen: **5 Jahre**

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:  
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

16. Bestanden in den <b>letzten 5 Jahren</b> oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden		Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift)															
a) der <b>Geschlechtsorgane</b> (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)? z. B. auffälliger PAP-Test, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
b) des <b>Stoffwechsels</b> , des <b>Hormonhaushaltes</b> ? z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
c) der <b>Augen</b> ? z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie/Weitsichtigkeit, Myopie/Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<table border="1"> <tr> <td>Dioptrien</td> <td>re.</td> <td></td> <td>li.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cyl</td> <td>re.</td> <td></td> <td>li.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Visus</td> <td>re.</td> <td></td> <td>li.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Sofern Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beilegen.</p>	Dioptrien	re.		li.		Cyl	re.		li.		Visus	re.		li.	
Dioptrien	re.		li.														
Cyl	re.		li.														
Visus	re.		li.														
d) des <b>Halses</b> , der <b>Nase</b> , der <b>Ohren</b> ? z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																

## Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 3 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

<p>17. Waren Sie in den <b>letzten 3 Jahren</b> länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig? <b>Falls ja</b>, wann, weshalb, Dauer? Bei Krankschreibung bitte Angabe des Arztes/der Klinik (Name und Anschrift):</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>18. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der <b>letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen, die durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt wurden?</b> z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebschwäche <b>Falls ja</b>, bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen (inkl. Name und Anschrift der beratenden/behandelnden Personen):</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## weitere Fragen

<p>19. Haben Sie derzeit oder in den letzten 3 Monaten gesundheitliche Beschwerden in den zuvor genannten Bereichen (Frage 1–16), die nicht mit einer Untersuchung oder Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten verbunden waren? <b>Falls ja</b>, welche? Folgen? ausgeheilt?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>20. <b>Sind Sie aktuell bei Heilpraktikern, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</b>, außer den in den bisherigen Fragen bereits genannten, zur Untersuchung, Beratung, Behandlung? <b>Falls ja</b>, wann, weshalb (Name und Anschrift des Behandlers)?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>21. Haben Sie in den <b>letzten 12 Monaten</b> Zigaretten, Zigarre, Pfeife, Shisha-Pfeife, elektronische Rauchhilfen (z. B. E-Zigarette, E-Pfeife) konsumiert? Hierzu zählt ebenso Gelegenheitsrauchen (unter Gelegenheitsrauchen ist auch sporadisches, anlassbezogenes Rauchen zu verstehen).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p><b>Falls ja</b>, wie viel täglich? _____ Bei Gelegenheitsrauchern: _____ Wie oft und wie viel in den letzten 12 Monaten? _____</p>
<p>22. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren <b>leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern</b> Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystenieren, Demenz, Multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind? <b>Falls ja</b>, welche Erkrankungen oder Fehlbildungen und in welchem Alter? <b>(KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)</b></p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<p>23. Welchen <b>Arzt suchen Sie gewöhnlich auf</b> (Hausarzt)? Name und Anschrift, wann, weshalb?</p>		
<p>24. Welchen <b>Arzt haben Sie zuletzt aufgesucht</b>? Name und Anschrift, wann, weshalb?</p>		

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet, und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die Allianz Lebensversicherungs-AG/ Deutsche Lebensversicherungs-AG weitergegeben wird.

Die einleitenden Hinweise auf Seite 1 des Ärztlichen Zeugnisses habe ich gelesen.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

PESVA01663

(29V) 0.04.19

E-0105ZO

---

## Fragebogen prädiktive-genetische Beratungen oder Testuntersuchungen

(Nur bei einer beantragten **Versicherungssumme ab 300.001 EUR** oder einer **Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente ab 30.001 EUR** zu beantworten.)

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erfolgten **prädiktive-genetische Beratungen** oder **Testuntersuchungen**?  ja  nein

Erläuterung:

Ein prädiktiver Gentest ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung.

Ferner kann der prädiktive Gentest auch (z. B. bei Kinderwunsch) mit dem Ziel der Abklärung einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen durchgeführt werden (§ 3 Nr. 8 GenDG).

**Falls ja**, wann und mit welchem Befund?

---

---

---

**Falls ja**, bitte Angabe des Arztes/des durchführenden Institutes/der Klinik (Name und Anschrift):

---

---

---

**Die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen und den genannten Zusatzblatt/-blättern.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person



## Teil II: Untersuchungsbefund

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

1. Haben Sie die zu versichernde Person in den <b>letzten 10 Jahren bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?</b> <b>Falls ja, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben?</b> Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
---	--	--

2. <b>Untersuchung (bitte nur heute in der Praxis gemessene Werte eintragen)</b>	Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Bauchumfang: _____ cm
--	---

3. <b>Herzuskultation und Blutdruckmessung</b> a) Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche/-töne? <b>Falls ja, bitte kurze Beschreibung.</b> Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiografie für sinnvoll?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
--	--	--

b) <b>Blutdruck und Pulsfrequenz:</b> Wurden die nachfolgenden Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen? Ggf. welche? Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
---	--	--

	Pulsschläge je Minute	davon Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.
Erste Messung: linke Seite				
Erste Messung: rechte Seite				
Ggf. zweite Messung: linke Seite				
Ggf. zweite Messung: rechte Seite				

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?

(Sofern in den letzten 12 Monaten ein 24-Stunden-EKG durchgeführt wurde, bitte Ergebnis beifügen.)

Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.

4. <b>Haben Sie in den folgenden Bereichen weitere auffällige Befunde während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?</b> a) <b>Herz-Kreislauf-Systeme:</b> z. B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanose, Lymphknotenschwellungen, Varizen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) <b>Atmungsorgane:</b> z. B. Auskultations-, Perkussionsbefunde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
c) <b>Verdauungsorgane:</b> z. B. Palpationsbefunde, Leber-, Milzgröße, Hernie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
d) <b>Harn- und Geschlechtsorgane:</b> z. B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
e) <b>Haut und Schleimhäute:</b> z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen, Spider naevi	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
f) <b>Sinnesorgane:</b> z. B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

PESVA01663

g) <b>Nervensystem:</b> z. B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnervenauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
h) <b>Bewegungsapparat:</b> z. B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenkbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Endoprothesen (TEP), Orthesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
i) <b>Sonstiges:</b> z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. **Aktuelle Laboruntersuchungen (mit Datumsangabe)**

a) **Urinuntersuchung: Ergebnis des Streifen-tests**

Leukozyten \_\_\_\_\_  
 Nitrit \_\_\_\_\_  
 Ph-Wert \_\_\_\_\_  
 Protein \_\_\_\_\_  
 Glucose \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

siehe beiliegendes Laborblatt  
 Keton \_\_\_\_\_  
 Urobilinogen \_\_\_\_\_  
 Bilirubin \_\_\_\_\_  
 Blut \_\_\_\_\_  
 Hämoglobin \_\_\_\_\_

b) **Blutuntersuchungen**

Bitte Laborblatt beifügen.

6. **Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen.**

Welche Befunde wurden mitgeteilt?

keine

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten **AUFFÄLLIGE BEFUNDE** mitzuteilen, aber keine Bewertung der Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft **NUR VERSCHLOSSEN** übergeben werden.

Bitte senden Sie uns vorhandene Befunde und Berichte, auch von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Fachärzten usw. (sofern möglich als Kopie) zur Einsichtnahme.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Etwas anderes gilt, wenn die beantragte **Kapitalleistung 300.000 EUR übersteigt** oder eine **Jahresrente von mehr als 30.000 EUR** versichert werden soll. In diesen Fällen dürfen wir auch Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen anfordern, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Wir werden die entsprechenden Unterlagen in diesem Fall direkt bei Ihrem Patienten/Ihrer Patientin anfordern.

**Sofern die Grenzen überschritten werden, lassen Sie bitte die Erklärung auf Seite 5 von Ihrem Patienten beantworten und unterschreiben.**

In jedem Fall bitten wir Sie jedoch, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen des Patienten/der Patientin anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Bitte reichen Sie zusammen mit dem Untersuchungsergebnissen auch den **Untersuchungsauftrag** mit ein, den Sie bitte noch um Ihre Bankverbindung ergänzen.

PESVA01663

(29V) 0.04.19

E-0105Z0