



Ärztliches Zeugnis

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

Versicherte Person (Familiennamen, Titel, Vorname)

Antrag vom

Geburtsdatum

Teil I: Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt

Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.

Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Bitte mit **Ja** beantwortete Fragen auf der rechten Seite ergänzen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Ergänzungen auf einem Beiblatt machen.

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?
1. Bestanden jemals oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden			
a) des Herzens und des Kreislaufs oder der Gefäße? (z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler – auch angeborene, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, z. B. Hypertonie, Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) der Atemwege? (z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) der Haut, Allergien oder Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? (z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria, Quincke-Ödem, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) der Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Magen, Darm)? (z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) der Harnorgane? (z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?				
f) der Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)? (z. B. auffälliger PAP, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
g) des Stoffwechsels, des Hormonhaushaltes? (z. B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse, Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
h) des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks? (z. B. Seh-, Sprach- oder Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung, Spannungskopfschmerzen oder Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
i) der Psyche? (z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, Erschöpfung, psychosomatische oder somatoforme Störung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
j) der Augen? (z. B. grüner Star, grauer Star, Fehlsichtigkeit (Weitsichtigkeit, Kurzsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Keratokonus, Gesichtsfeldeinschränkung) Falls Ja: Bei Fehlsichtigkeit bitte Angabe der Dioptrien, bei Hornhautverkrümmung zusätzlich Angabe Cyl., bei Augenerkrankungen zusätzlich den Visus angeben Sofern Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrien	re.		li.	
			Cyl	re.		li.	
			Visus	re.		li.	
k) des Halses, der Nase, der Ohren? (z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
l) der Wirbelsäule, des Rückens, des Nackens? (z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten) Scheuermann, Bechterew, Skoliose, Hexenschuss, Lumbalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
m) der Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen oder Knochen oder Muskulatur? (z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose, Arthritis, Bandverletzung, Luxation, Karpaltunnelsyndrom, Epicondylitis, Fibromyalgie, Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
n) des Blutes, der blutbildenden Organe, der Milz? (z. B. Anämie, Thrombozytopenie, Polyzythämie, Leukämie, Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
o) im Rahmen von gut- oder bösartigen Erkrankungen (Krebs, auch Frühstadien)? (z. B. Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom, Melanom, Basaliom, Darmkrebs, Muskel- oder Knochentumor, Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?
p) im Rahmen von Infektions- oder Autoimmunkrankheiten? (z. B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Rheuma, Polyarthritits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Haben Sie jemals Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen erlitten? (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen ggf. mit bleibenden Organschäden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Waren Sie jemals oder sind Sie derzeit bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung? Falls Ja, wann und weshalb? Name und Anschrift des Behandlers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wurde Ihnen jemals von medizinischer Seite empfohlen, weniger Alkohol zu trinken bzw. das Trinken von Alkohol ganz aufzugeben oder wurden Sie wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt? Falls Ja, wann, von wem? Name und Anschrift des behandelnden Arztes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nahmen Sie jemals oder nehmen Sie Drogen (z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen) oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? Falls Ja, welche, wann? Name und Anschrift beratenden/behandelnden Personen/ Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Wurden Sie jemals oder werden Sie mit einer Chemo- oder Strahlentherapie behandelt? Falls Ja, wann, weshalb? Name und Anschrift des behandelnden Arztes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Fanden bei Ihnen jemals Operationen (auch ambulante) statt oder sind diese vorgesehen/ empfohlen? Falls Ja, wann, weshalb? Kontrolluntersuchungen? Name und Anschrift des Arztes/der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Sind Sie jemals mit bildgebenden Verfahren untersucht worden, z. B. Sonographie, Röntgen, CT, Kernspin? Falls Ja, wann, wie, weshalb, Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Sind Sie jemals in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt? Falls Ja, wann, weshalb? Name und Anschrift des Instituts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?				
11. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig/krank? Falls Ja, wann, weshalb? Name und Anschrift des behandelnden Arztes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. Nahmen/nehmen Sie regelmäßig oder wiederholt Medikamente? Falls Ja, welche, weshalb? Name und Anschrift des behandelnden Arztes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarre, Pfeife, elektronische Rauchhilfen (z. B. E-Zigarette/Pfeife) konsumiert? Hierzu zählt ebenso Gelegenheitsrauchen (unter Gelegenheitsrauchen ist auch sporadisches, anlassbezogenes Rauchen zu verstehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%; padding: 5px;">Falls Ja, wie viel täglich?</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Bei Gelegenheitsrauchern: Wie oft und wie viel in den letzten 12 Monaten?</td> <td></td> </tr> </table>	Falls Ja, wie viel täglich?		Bei Gelegenheitsrauchern: Wie oft und wie viel in den letzten 12 Monaten?	
Falls Ja, wie viel täglich?							
Bei Gelegenheitsrauchern: Wie oft und wie viel in den letzten 12 Monaten?							
14. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der letzten 5 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen? (z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche) Falls Ja, bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen. Sofern bereits Beratungen oder Untersuchungen durchgeführt wurden, bitten wir um nähere Angaben hierzu (inkl. Name und Anschrift der beratenden/behandelnden Personen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
15. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre oder sind Sie derzeit bei Heilpraktikern, Krankengymnasten/Physiotherapeuten – außer den in den bisherigen Fragen bereits Genannten – zur Untersuchung, Beratung, Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
16. Welchen Arzt suchen Sie gewöhnlich auf (Hausarzt)? Name und Anschrift, wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17. Welchen Arzt haben Sie zuletzt aufgesucht? Name und Anschrift, wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
18. Haben Sie jemals aus gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt? Falls Ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
19. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension? Falls Ja, warum? Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
20. Besteht ein Grad der Behinderung (G. d. B) oder eine Erwerbsminderung (M. d. E) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? Falls Ja, Angabe des Grades in %, Grund? (Legen Sie eine Kopie des Versorgungsbescheids mit Angabe der Diagnose/n bei.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?
21. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, angeborene Fehlbildungen oder sonstige Erkrankungen (z. B. neurologische) aufgetreten sind? Falls Ja, welche Erkrankungen oder Fehlbildungen und in welchem Alter? (keine Nennung von Namen der betreffenden Person wegen Datenschutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fragebogen genetische Beratungen oder Testuntersuchungen

Nur zu beantworten bei Todesfallsumme über 300.000 EUR oder Berufsunfähigkeitsrente jährlich über 30.000 EUR.

Erfolgten genetische Beratungen oder Testuntersuchungen? Ja Nein

Falls Ja, wegen welcher Erkrankung, wann und mit welchem Befund?

Falls Ja, bitte Name und Anschrift des Arztes/des durchführenden Institutes/der Klinik angeben



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

Hinweis:

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Es gelten die bei Vertragsabschluss abgegebenen Erklärungen.

Haben Sie zur Beantwortung der Gesundheitsfragen zusätzlich gesonderte Beiblätter beigefügt? Ja Nein Anzahl

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Ort, Datum Unterschrift des untersuchenden Arztes



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

Teil II: Untersuchungsbefund

Die zu versichernde Person hat sich identifiziert durch die Vorlage des gültigen

<input type="checkbox"/> Personalausweises <input type="checkbox"/> Reisepasses	Personalausweis- bzw. Reisepass-Nummer
Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer	Geburtsdatum
Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname, Geburtsname)	
Anschrift	

Die zu versichernde Person ist mit dem untersuchenden Arzt nicht verwandt und auch nicht verschwägert.

Ort, Datum	Unterschrift des untersuchenden Arztes								
	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?						
1. Haben Sie die zu versichernde Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt? Falls Ja, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben? (Bitte Auszug aus der Krankenkartei und Facharztbefunde beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2. Untersuchung (bitte die heute in der Praxis gemessenen Werte eintragen)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 2px;">Größe in cm</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Gewicht in kg</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bauchumfang in cm</td> <td></td> </tr> </table>			Größe in cm		Gewicht in kg		Bauchumfang in cm	
Größe in cm									
Gewicht in kg									
Bauchumfang in cm									
3. Herz und Kreislaufsystem 3.1 Bestehen bei der Untersuchung Hinweise auf a) Herzvergrößerung? b) Herzgeräusche? c) anormale Herztöne, Rhythmusstörungen? d) Insuffizienzzeichen (Dyspnoe, Ödeme)? e) Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)? f) arterielle Durchblutungsstörungen (abgeschwächte periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)? Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen? 3.2 Auskultation der Herztöne Bestehen pathologische Herzgeräusche-/töne? Falls Ja, bitte kurze Beschreibung. Bitte ggf. vorhandene EKG-Streifen und kardiologische Befunde mit einreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

	Ja	Nein	Welche? Wann? Häufigkeit? Schweregrad? Verlauf? Untersuchungen? Therapie?
3.3 Blutdruckmessung und Pulsfrequenz Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung			

	Pulsschläge je Minute	davon Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg./systolisch	Blutdruck in mm Hg./diastolisch
1. Messung linke Seite				
1. Messung rechte Seite				
Ggf. 2. Messung linke Seite				
Ggf. 2. Messung rechte Seite				

Wurden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender
Medikamente gemessen?

Falls Ja, welche?

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

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

**4. Welche weiteren auffälligen Befunde haben Sie
während der körperlichen Untersuchung bei der zu
versichernden Person festgestellt?**

a) Herz-Kreislauf:
(z. B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanosen, Lymphknoten,
Varizen?)

b) Atmungsorgane:
(z. B. Auskultations-, Perkussionsbefunde, Heiserkeit, Husten,
Atemnot?)

c) Verdauungsorgane:
(z. B. Palpationsbefunde, Leber-Milzgröße, Hernie?)

d) Harn- und Geschlechtsorgane:
(z. B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager?)

e) Haut und Schleimhäute:
(z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre,
Pigmentanomalien, Einstichstellen?)

f) Sinnesorgane:
(z. B. herabgesetzte Sehfähigkeit, Hörvermögen, Nystagmus,
Pupillen?)

g) Nervensystem:
(z. B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik,
Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnerven?)

h) Bewegungsapparat:
(z. B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenkbewegung,
Arthritis, Skoliose, Prothesen, Orthesen?)

i) Sonstiges:
(z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche?)



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum	Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)
--------------	---

5. Aktuelle Laboruntersuchungen

a) Urinuntersuchung: Ergebnis des Teststreifens

Leukozyten	Keton
Nitrit	Urobilinogen
Ph-Wert	Bilirubin
Protein	Blut
Glucose	Hämoglobin

b) Sedimentbefund (bei pathologischem Streifentest)

Befund

Bei pathologischem Befund – welche Diagnose stellen Sie?

Diagnose

c) Blutuntersuchung

Bitte ggf. bereits vorhandene Laborergebnisse in Kopie

HIV-Test <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum
---	-------

Befund

Ergänzend erforderliche Laborwerte (bitte gesondert beifügen): HIV-Laborbefund, Kleines Blutbild: Ery, Hb, Hkt, MCH, MCHC, MCV, Leuko, Thromb; GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, NBZ oder HbA1c, BKS, Harnsäure, NT-proBNP

Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar von 60,00 EUR an. Nach Eingang des Zeugnisses wird dieses sofort überwiesen. Kosten für Zusatzuntersuchungen bitten wir gesondert in Rechnung zu stellen.

Bitte teilen Sie uns mit, auf welches Konto wir Ihr Honorar überweisen sollen:

IBAN Sie finden die IBAN auf Ihrem Kontoauszug oder auf Ihrer Bankkarte

Geldinstitut

Kontoinhaber (Name, Vorname/Firma)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten **auffällige Befunde** mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft **nur verschlossen** übergeben werden.



Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) x880_007_201708

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen mit Ausnahme von Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt.

Für Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt ausschließlich die Belehrung auf der Folgeseite.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswerts.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern dies bedingungsgemäß oder gesetzlich vorgesehen ist und die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft – ausgenommen bei der Existenz-Betriebsunterbrechungs-Versicherung – bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Kündigungsrechts.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft – ausgenommen bei der Existenz-Betriebsunterbrechungs-Versicherung – bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Rechts auf Vertragsänderung.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Beachten Sie bitte ggf. auch die „Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)“ zur Krankenversicherung auf der Folgeseite.



Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) X880_007_201708

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Habe ich die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt, kann die Gesellschaft dann nicht zurücktreten, wenn sie den Vertrag bei Kenntnis der Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung hat zur Folge, dass der Vertrag für die Zukunft beendet wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft kein Recht zur Vertragsänderung zu.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.