

Lebensversicherung/Altersrentenversicherung Gesundheitserklärung, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem §203 StGB unterliegen

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

	Gesundheitserklärung zur Versicherungsanfrage/zum Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom	Datum der Anfrage/Anmeldung	VNR
Zu versichernde Person (VP)/ mitversicherte Person (MP)	VP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	MP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	
Umfang der Gesundheitsfragen	Bei einer Versicherungsanfrage /einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich: – Kapitalbildende Lebensversicherung und Risikolebensversicherung – Altersrentenversicherung/fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder fester Todesfallleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen – Berufsunfähigkeitsversicherung und Pflegerenten-Risikoversicherung		
Vorvertragliche Anzeigepflicht	Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Es besteht dann von Anfang an kein Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die Vertragsanpassung, etwa in Form eines Leistungsausschlusses oder eines Risikozuschlags, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann der Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.		
Vorliegende Gentests sind erst ab beantragten 300.000 € Todesfallsumme oder 30.000 € jährl. Berufsunfähigkeitsrente anzugeben! HINWEISE: Die nachfolgenden Fragenergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.		VP	MP
1.1	Sind aktuell beantragt oder bestehen bei anderen Gesellschaften Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 € oder mehr?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
1.2	Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen bei anderen Gesellschaften aus medizinischen Gründen abgelehnt, befristet zurückgestellt oder nur zu Sonderbedingungen (z.B. Zuschlag, Klausel) angenommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2.	Sind Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Flugrisiko [außer als Passagier], Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Kampfsport, Auto- oder Motorradsport, Tauchen, Bergsport, Freeclimbing, Wildwassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3.	Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate insgesamt länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der EU aufzuhalten? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4.	Körpergröße und Gewicht? VP <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg MP <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg		
5.	Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?		
6.	Für die Fragen 6.1 bis 6.20 gilt: Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren – Krankheiten, Funktionsstörungen, Beschwerden, Behandlungen in den unten genannten Bereichen oder gab es in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante), stationäre Aufenthalte (auch Kur oder Reha) oder Krebstherapien?		
6.1	Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck über 140/90 mmHg [Einzelmessung], Herzkranzgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Schlaganfall, Herz- oder Gefäß-Operationen, ärztlich untersuchter oder behandelter Schwindel)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.2	Atmungsorgane (z.B. Asthma, Lungen- oder Rippenfellkrankungen, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.3	Speiseröhre (z.B. Sodbrennen), Magen, Darm?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.4	Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.5	Nieren, Blase, Harnwege (auch kontrollbedürftige Urinbefunde)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.6	Unterleibsorgane, Brust?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.7	Schilddrüse?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.8	Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben (ärztlich oder physiotherapeutisch/krankengymnastisch oder durch Massagen behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, auch Schulter-Arm-Syndrom, Schulter-Nacken-Syndrom, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann, Bechterew)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.9	Knochen (z.B. Osteoporose, Verformung), Gelenke (z.B. Arthritis, Arthrose, Meniskussschaden, Bakerzyste), Muskeln (z.B. fortschreitende Muskelschwäche, -schmerzen, -steifigkeit), Sehnen u. Bänder (z.B. Risse, wiederholte Sehnencheidenentzündungen), Bindegewebe (z.B. Marfan-Syndrom, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Überdehnbarkeit); Rheuma; Fibromyalgie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.10	Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen (auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.11	Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.12	Krampfadern, Venen, Arterien (einschließlich Durchblutungsstörungen, Gefäßausstülpungen/Aneurysmen, Thrombosen, Embolien)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.13	Anfallsleiden, Epilepsie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.14	Psyche (auch Ess-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depressionen, Angst- oder Panikstörungen, Selbsttötungsversuch(e), psycho-somatische Erkrankungen, Erschöpfungssyndrome, behandlungsbedürftige Schlafstörungen, chronische Ermüdung), Nerven (auch Lähmungen), Gehirn (auch Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Migräne), Rückenmark?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.15	Geschwülste, Tumoren, Krebs (einschließlich Leukämie); Gewebentnahmen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.16	Unfälle (unerheblich sind Prellungen und einfache, folgenlos verheilte Knochenbrüche ohne Gelenkbeteiligung)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.17	Hauterkrankungen (einschließlich nach ärztlicher Einschätzung kontrollbedürftige Muttermale/Naevi)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.18	Ohrerkrankungen (auch Hörminderung, Hörsturz, behandlungsbedürftige Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.19	Augenerkrankungen, Sehfehler (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit unter 8 Dioptrien), Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck oder grüner Star/Glaukom, Linsentrübung/grauer Star/Katarakt, Netzhaut- oder Hornhautveränderungen, Schielen (auch operiertes), fehlendes räumliches Sehen, Gesichtsfeldausfälle, Entzündungen der Sehnerven, der Regenbogen-, Ader- und/oder Lederhaut des Auges?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6.20	Ärztlich behandlungsbedürftige Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose), Tropenkrankheiten (z.B. Malaria), Geschlechtskrankheiten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zu den bejahten Fragen 6.1 bis 6.20 bitte die entsprechenden Zusätzlichen Erklärungen ausfüllen.			
7.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Gichtanfälle oder wurden Ihnen Blutfette, Leberwerte oder Harnsäurewerte außerhalb des Normbereichs vom Arzt mitgeteilt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

		VP	MP	
9.	Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren Vorsorge- oder sonstigen medizinischen Untersuchungen unterzogen, als deren Folge Behandlungen (einschließlich Operationen, Kuren, Rehabilitationsbehandlungen), Abklärungsuntersuchungen oder Kontrollen angeraten oder erforderlich wurden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
10.1	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – regelmäßig, bzw. – bei Bedarfsmedikation (z. B. Asthma-Spray) mehrmals jährlich oder – bei Schmerzmitteln, Entzündungshemmern, Kortisonpräparaten oder Schlaftabletten ca. wöchentlich oder über mindestens 6 Wochen durchgehend Medikamente (auch vorbeugend)? (Einnahme der „Antibabypille“ braucht nicht angegeben zu werden.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
10.2	Sind Sie – oder waren Sie in den letzten 10 Jahren – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung, Kontrolluntersuchungen) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
10.3	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren – mehrfach Drogen oder Aufputschmittel?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
10.4	Nur bei Risikolebensversicherung beantworten: Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin? (Nichtraucher/Nichtkonsumierer ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss nicht geraucht/kein Nikotin konsumiert hat.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
11.	Besteht bei Ihnen ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (anzugeben sind auch bereits operierte Veränderungen), z. B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren oder des Stoffwechsels, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
12.	Wurde bei Ihnen jemals eine AIDS-(HIV-)Infektion festgestellt (positiver HIV-Bluttest)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13.1	Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt: eine Minderung der Erwerbs- (MdE) oder Berufsfähigkeit, ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), eine Pflegestufe? % MdE/GdS % GdB % Berufsunfähigkeit/Invalidität % WDB Pflegestufe:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13.2	Wurden Sie aus gesundheitlichen Gründen vom Wehrdienst zurückgestellt? Wenn ja, bitte unten Grund angeben.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
14.	Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Zusätzliche Fragen 15–18 bei BUZ/EUZ/BUV (nur für VP möglich)				
15.1	Wurde bei Ihnen bereits eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung anerkannt oder bestand während der letzten 5 Jahre zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
15.2	Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit: Überwiegende Art der Tätigkeit? <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich oder <input type="checkbox"/> kaufmännisch, organisatorisch oder aufsichtsführend Falls selbstständig, Anzahl der familienfremden Mitarbeiter?			
16.	Haben Sie in den letzten 10 Jahren schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Frage 17 bei BU-/EU-Rente immer beantworten				
17.	Haben Sie zu erwartende Ansprüche aus anderen (bestehenden oder derzeit beantragten) privaten oder betrieblichen Versicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit? Wenn ja: Wie hoch sind diese? Berufsunfähigkeit: EUR pro Jahr Erwerbsunfähigkeit: EUR pro Jahr Dienstunfähigkeit: EUR pro Jahr Bestehen Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (einschl. Beamtenversorgung, gesetzliche Rententräger)? Wenn ja: Wie hoch sind diese? EUR pro Jahr	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Frage 18 nur bei einer BU-/EU-Rente von mehr als 12.000 EUR jährlich (einschl. sonstiger bestehender oder aktuell beantragter BU-Renten inkl. Versorgungswerke) beantworten				
18.	Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Bruttojahresarbeitseinkommen sowie das Bruttojahresarbeitseinkommen der letzten zwei Jahre an: derzeit: Vorjahr 20 Vorjahr 20 EUR EUR EUR			
19.	Wird zu der Versicherungsanfrage das „Ärztliche Zeugnis“ eingereicht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<p>Zu Fragen, die Sie bejaht haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden.</p> <p><input type="checkbox"/> siehe Anlage</p> <p>Falls beide Personen Fragen bejaht haben, sind getrennte Angaben für VP und MP erforderlich</p> <p>Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.</p>	Frage Nr.			
	1	Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme?		
	2	Art/Umfang/Häufigkeit der besonderen Gefahren?/Seit wann?/Wo?		
	3	Reiseland (ggf. Stadt)/Aufenthaltsdauer/Beginn/Aufenthaltsgrund		
	5	Name des Arztes/Fachrichtung/Anschrift		
	6-12	Was lag oder liegt vor? Wann? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende/behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung? Anschrift?
	13.2	Grund für die Wehrdienstzurückstellung		
	15.1	Wann und weshalb?		
	15.2	Derzeitig ausgeübte Tätigkeit (ggf. Ausbildungsberuf/Studienfach)	Branche	Seit wann?
	16	Wann und weshalb?		

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Anfrage/diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der ERGO Group AG benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Anfrage-/Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.