

Erklärung zur Gesundheit & finanziellen Situation

- Relax Rente mit Zusatzversicherung
 Fonds-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
 Klassik-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung

- Risikolebensversicherung (ggf. mit Zusatzversicherung)
 Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung
 Selbstständige Dienstunfähigkeitsversicherung
 Selbstständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Gesundheit & finanzielle Situation

Diese Gesundheitserklärung ist zwingend erforderlicher Bestandteil des Antrages vom _____

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)

Anrede Herr Frau Firma
Name, Vorname, Geburtsname, Titel
Geburtsdatum

Versicherte Person (VP)

Anrede Herr Frau
Name, Vorname, Geburtsname, Titel
Geburtsdatum

Fragen an die Antrag stellende Person bzw. an die zu versichernde Person

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl die Antrag stellende Person als auch die zu versichernde Person verantwortlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an AXA Lebensversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden in Textform nachzureichen.
Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.
Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt, müssen Sie diesen ab einer Gesamtversicherungssumme größer 300.000 Euro bzw. einer Gesamt-BU-/DU-/EU-Gesamtjahresrente größer 30.000 Euro offen legen. Beachten Sie hierzu bitte unsere Hinweise zu Gentests auf der Rückseite.
Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.
Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte Anlagen unterschrieben bei.

I. Finanzielle Angaben

Frage 1. c) bitte zusätzlich immer beantworten, wenn BU/DU/EU beantragt ist

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen.
Das Technikblatt ist zwingend erforderlicher Bestandteil des Antrags. Die darin enthaltenen Angaben sind Grundlage für die Tarifierung. Dies gilt auch für Ihre Angaben zur beruflichen Tätigkeit.

1. a) Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an:
Jahr Euro Jahr Euro Jahr Euro
b) Bestehen bereits Lebens-, Rentenversicherungen, Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherungen oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe?
Gesellschaft Todesfallleistung Euro BU-/DU-/EU-Rente monatlich Euro
Gesellschaft Todesfallleistung Euro BU-/DU-/EU-Rente monatlich Euro
c) Bestehen weitere Absicherungen?
Beamtensversorgung BU-/DU-/EU-Rente monatlich Euro Berufsständische Versorgung BU-/DU-Rente monatlich Euro
Betriebliche Altersversorgung BU-/DU-/EU-Rente monatlich Euro Zusatzversorgung im ÖD BU-/DU-/EU-Rente monatlich Euro

II. Gesundheitsangaben Größe/Gewicht Krankheiten/ Unfallfolgen in den letzten 5 Jahren

1. Wie groß und wie schwer sind Sie?
cm kg
2. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen
a) des Herzens, des Kreislaufs oder der Blutgefäße (z. B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)? ja nein
b) der Atmungsorgane (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung)? ja nein
c) des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz (z. B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)? ja nein
d) der Nieren und Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane, der Prostata, der Brust (z. B. Steinleiden, Zysten, Entzündungen)? ja nein
e) des Stoffwechsels, der Schilddrüse (z. B. Diabetes/Zucker, erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin, Gicht)? ja nein
f) des Blutes oder Tumorerkrankungen (z. B. Anämie, Leukämie, Krebs, Lymphknoten)? ja nein
g) Bindegewebs- oder entzündliche Gelenkerkrankungen (z. B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)? ja nein
h) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)? ja nein
j) der Augen (z. B. Sehstörungen, grauer oder grüner Star, Blindheit)? ja nein
Bei Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien: Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts
k) der Ohren/Sinnesorgane (z. B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)? ja nein
l) des Rückens, der Wirbelsäule und Bandscheiben (z. B. Skoliose, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Rücken-/Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)? ja nein
m) des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder und Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänder- oder Meniskusschäden)? ja nein
n) der Haut oder Allergien (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie)? ja nein
o) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten? ja nein

Ergänzende Informationen, wenn eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet wurden:
Zu Frage Was lag oder liegt vor? Welche Behandlung erfolgte bzw. Diagnose? Verlauf? erfolgte? Bestehen Folgen? Zeitraum von - bis Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten



**Stationäre
Behandlungen
in den letzten
10 Jahren**

3. Wurden Sie in den letzten **10 Jahren stationär** behandelt (auch Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-/Chemotherapie)? ja nein

Ergänzende Informationen, wenn die Frage mit „ja“ beantwortet wurde:

Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von – bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Thera- peuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Aktueller
Gesundheitsstand**

4. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver-AIDS-Test)? **Wenn „ja“: Wann?** ja nein

5. Besteht eine Behinderung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? **Bitte Rentenbescheid zur Einsicht beifügen!** ja nein

Diagnose/Art der Behinderung/ Bestehend seit?	GdB, Grad der MdE, WDB in %	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Thera- peuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten
Wenn „Ja“: Welche?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Gefahren in
der Freizeit**

6. Sind Sie Gefahren in der Freizeit ausgesetzt (z. B. Berg-, Flug-, Kampf-, Motor-, Wildwassersport, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Tauchen)? ja nein

Wenn „Ja“: Welchen?

Einschluss dieses Risikos erwünscht? ja nein

**Auslands-
aufenthalt**

7. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte außerhalb der Europäischen Union von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen? ja nein

Wenn „Ja“: Wohin? beruflich privat Zeitraum:

Liegen noch weitere Anlagen bei? ja, Seiten **Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?** ja nein

**Erklärung zu den
Gesundheits-
fragen**

Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person versichern, dass sie die in dieser Gesundheitserklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben. Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder anpassen und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Datenweitergabe

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die zentrale Stelle gemäß § 10 EStG (gilt nur für Basisversorgung)
Für den Fall, dass die ursprünglich beantragte Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nicht zustande kommt, willige ich jederzeit widerruflich ein, dass die AXA Lebensversicherung AG bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (vgl. Antrag) die Antragsunterlagen einschließlich aller medizinischen Unterlagen und Befunde zum Zwecke der unverbindlichen Angebotserstellung einer Existenzschutzversicherung an die AXA Versicherung AG bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG weitergeben darf.

Wichtig

Diese Gesundheitserklärung wird, ebenso wie der Antrag, der Versorgungsvorschlag und das Technikblatt, Bestandteil des Versicherungsvertrags.

**Wichtiger
Hinweis**

Ergänzung zu der bei Antragstellung bereits vorliegenden Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichts-entbindungserklärung.

Welche der auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften Ihr Vertragspartner ist, entnehmen Sie bitte den Gesellschaftsangaben Ihres Antrages.

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

1.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Institutionen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die entsprechende Gesellschaft einwilligen.

1.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes **willige ich in** die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten (Ärzten, Pflegepersonen, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden) zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an diese zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Unterschriften

Ort/Datum	Antragsteller – ggf. gesetzliche Vertreter
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 14 – ggf. gesetzlicher Vertreter)	Zu versichernde und mitzuversichernde Person(en) – ggf. gesetzlicher Vertreter
<input type="text"/>	<input type="text"/>

