

Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem § 203 StGB unterliegen

Versicherungsanfrage / Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom _____

VNR _____ wird von ERGO ausgefüllt

Risikoträger: ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Zu versichernde Person (VP)

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Umfang der Gesundheitsfragen – Bei einer Versicherungsanfrage / einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich:
 – Risikolebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung
 – Altersrentenversicherung / fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder Todesfallleistung, Hinterbliebenenleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen

Vorvertragliche Anzeigepflicht
 Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. 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, z.B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf der Rückseite dieser Erklärung.

Vorliegende Gentests sind erst ab einer beantragten Todesfallsumme von >300.000 Euro oder einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von >30.000 Euro 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.

Weiterführende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen sind am Ende des Fragenkatalogs anzugeben.

A – Allgemeine Fragen

Bitte beachten Sie bei den Fragen in den Abschnitten A, C und D den Hinweistext zur Anwendung von Zusätzlichen Erklärungen auf der Rückseite dieser Erklärung.

- A.1** Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate insgesamt länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union (EU) aufzuhalten? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.) ja nein
- A.2** Sind Sie besonderen Gefahren in der Freizeit ausgesetzt? (z.B. sämtlicher Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Reitsport, Wassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen) ja nein
- A.3** Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt? (z.B. Flugrisiko [außer als Passagier], Aufenthalt in Krisengebieten, Tragen einer Schusswaffe, Umgang mit explosiven, gesundheitsgefährdenden, radioaktiven Stoffen oder Strahlen, bei Feuerwehreinsätzen, Arbeiten in größeren Höhen mit Absturzgefahr) ja nein
- A.4** Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin?
 Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen, das Konsumieren von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, den Konsum von Kau- oder Schnupftabak und das Rauchen von Wasserpeifen (Shisha).
 Sind Sie Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten? ja nein
 Sind Sie Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren? (Nur bei Risikolebensversicherung ohne Leistungspaket beantworten.) ja nein
 Nichtraucher ist, wer aktiv mindestens innerhalb der letzten 12 Monate (in den letzten 10 Jahren bei Risikolebensversicherung ohne Leistungspaket) kein Nikotin zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.
Gilt nur für Risikolebensversicherung: Sofern die versicherte Person Nichtraucher ist und nach Vertragsabschluss Raucher wird, stellt dies eine Gefährerhöhung dar. Sie sind verpflichtet, die Änderung des Nichtraucherstatus uns unverzüglich anzuzeigen. Wenn die versicherte Person eine Gefährerhöhung vornimmt, sind wir berechtigt, auf einen entsprechenden erhöhten Beitrag für Raucher umzustellen. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann zur rückwirkenden Beitragserhöhung oder zur Reduzierung der Todesfallleistung führen.
- A.5** Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Invaliditätsabsicherungen (Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit) bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschlag, Klausel) angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein
- A.6** Bitte nennen Sie uns Ihre Körpermaße: _____ cm _____ kg
- A.7** Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?
 Name des Arztes _____ Fachrichtung _____ Anschrift _____
- A.8** Wird zu der Versicherungsanfrage/zum dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ gemäß der Untersuchungsgrenzen eingereicht? ja nein
- A.9** Wenn ein „Ärztliches Zeugnis“ notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch den Versicherer beauftragt werden? Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check direct Druckstück-Nr. 50071273 beifügen. ja nein

B – Zusätzlich bei Risikolebensversicherung zu beantworten, ansonsten weiter mit C

- B.1** Sind aktuell beantragt oder bestehen bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 Euro oder mehr? ja nein
- B.2** Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike – jeweils ab Hubraum 80 ccm – als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen? ja nein

C – Allgemeine Gesundheitsfragen

- C.1** Sind Sie derzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? (z.B. bei Ärzten, Heilpraktikern, Osteopathen, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) ja nein
- C.2** Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen wegen derer Sie nicht in Behandlung waren? (z.B. Erschöpfungszustand, Schlafstörung, Überlastungssyndrom, Nachtschweiß, Haut- oder Atemwegsirritationen, Schluck- oder Gleichgewichtsstörung) ja nein
- C.3** Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – regelmäßig, mehrmals jährlich oder saisonal Medikamente oder wurden Ihnen solche verordnet? (z.B. Tabletten, Spritzen, Sprays, Therapiepflaster, Salben [Einnahme der „Antibabypille“ braucht nicht angegeben zu werden]) ja nein
- C.4** Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren – Krankheiten, Funktionsstörungen oder Behandlungen in folgenden Bereichen:
 1. Herz-Kreislauf/Gefäße? (z.B. Bluthochdruck, Herzkranzgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Schlaganfall, Schwindel, Durchblutungsstörungen, Aneurysmen, Thrombosen, Embolien, Krampfadern) ja nein
 2. Atmungsorgane? (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Rippenfellkrankungen) ja nein
 3. Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz? (z.B. Entzündungen, Geschwüre, Sodbrennen) ja nein
 4. Nieren, Blase, Harnwege (auch kontrollbedürftige Urinbefunde), Unterleibsorgane, Brust? ja nein
 5. Stoffwechsel? (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen, Gicht) ja nein
 6. Nerven, Gehirn, Rückenmark? (z.B. Entzündungen, Lähmungen, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Anfallsleiden, Migräne) ja nein
 7. Geschwülste, Tumoren, Krebs? (z.B. auch Leukämie, auffällige Gewebeveränderungen) ja nein
 8. Entzündliche Gelenk-, Autoimmun- oder Bindegeweberkrankungen? (z.B. Polyarthrit, Morbus Bechterew, Rheuma, Lupus erythematodes, Sklerodermie) ja nein
 9. Ärztlich behandlungsbedürftige Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose), Tropenkrankheiten (z.B. Malaria), Geschlechtskrankheiten? ja nein
- C.5** Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren
 – erhöhte Blutfette oder Leberwerte außerhalb des Normbereichs? ja nein
 – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie? ja nein

- C.6 Bestehen – oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren**
 – Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der Psyche?
 – **Oder sind Sie** deswegen in den letzten 10 Jahren von Ärzten oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden?
 (Darunter verstehen wir zum Beispiel Depression, Angststörung, psychosomatische Störung, Essstörung, Stress- und Erschöpfungszustände, Suizidversuch.) ja nein
- C.7 Sind Sie – oder waren Sie in den letzten 10 Jahren** – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant? ja nein
- C.8 Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren** – mehrfach Drogen oder Aufputschmittel? ja nein
- C.9 Fand bei Ihnen in den letzten 10 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, einer Kur- oder Rehabilitationsklinik ein stationärer Aufenthalt, eine Operation (stationär oder ambulant) oder eine Krebstherapie statt oder ist solches für die **nächsten 12 Monate** ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein
- C.10 Wurde bei Ihnen** jemals eine AIDS- (HIV-) Infektion festgestellt? (positiver HIV-Bluttest) ja nein

D – Zusätzlich bei Berufsunfähigkeitsversicherung BUB/BUR/ ERGO BU zu beantworten, ansonsten weiter mit G

- D.1 Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren** – Krankheiten, Funktionsstörungen oder Behandlungen in folgenden Bereichen:
1. Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben? (z. B. Rückenschmerzen, Schulter-Arm-Syndrom, Nackenverspannungen, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann) ja nein
2. Knochen (z. B. Osteoporose), **Gelenke** (z. B. Arthritis, Arthrose, Meniskusschaden, Fraktur), **Muskeln** (z. B. Muskelschwäche), **Sehnen u. Bänder** (z. B. Risse, Sehnenentzündung, Überdehnbarkeit); **Fibromyalgie?** ja nein
3. Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen? (z. B. auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte) ja nein
4. Hauterkrankungen? (z. B. kontrollbedürftige Muttermale/Naevi, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte) ja nein
5. Ohrenerkrankungen? (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière) ja nein
6. Augenerkrankungen, Sehfehler? (z. B. Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien, Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck, Starkerkrankungen, Horn- und Netzhautveränderungen, Schielen, Sehnerventzündung) ja nein
- D.2 Besteht bei Ihnen** ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (auch bereits operierte Veränderungen), z. B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)? ja nein
- D.3 Wurde bei Ihnen bereits** eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit/ Erwerbsminderung anerkannt oder besteht aktuell oder bestand während **der letzten 3 Jahre** eine zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen? ja nein
- D.4 Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt:** eine Minderung der Erwerbs- oder Berufsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Pflegegrad?
 _____ % MdE/GdS _____ GdB _____ % Berufsunfähigkeit/Invalidität _____ % WDB Pflegegrad: _____ ja nein
- D.5 Haben Sie in den letzten 5 Jahren** schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? ja nein
- D.6 Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit:**
 Branche: _____ Falls selbstständig, seit wann? _____
 Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 6 Monate selbstständig zu machen? ja nein

E – Zusätzlich bei Berufsunfähigkeitsrenten BUR/ ERGO BU zu beantworten, ansonsten weiter mit G

- E.1 Sind** bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) aktuell beantragt oder bestehen bereits Invaliditätsversicherungen (Beruf-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) und/oder haben Sie neben der beantragten BU-Rente noch weitere Leistungen aus Invaliditätsabsicherungen zu erwarten? Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe? (BU/DU/EU/GF Nichtzutreffendes streichen) ja nein
- Gesellschaft: _____ BU/DU/EU/GF-Rente: _____ Euro pro Jahr
 Gesellschaft: _____ BU/DU/EU/GF-Rente: _____ Euro pro Jahr
 Bitte jeweils BU/ DU/ EU-Rente jährlich angeben:
 Berufsständische Versorgung: _____ Euro pro Jahr Betriebliche Altersversorgung: _____ Euro pro Jahr Beamtenversorgung: _____ Euro pro Jahr

F – Zusätzlich bei Berufsunfähigkeitsrenten BUR/ ERGO BU von mehr als 12.000 Euro jährlich*, ansonsten weiter mit G

*Bei der Höhe der BU Rente sind auch eine Bonusrente und sonstige bestehende oder aktuell beantragte BU-/EU-Renten inkl. Versorgungswerke mit anzurechnen.

- F.1** Bitte geben Sie Ihr Bruttoarbeits Einkommen/ Gewinn/ Jahresüberschuss vor Steuern an:
Bei Arbeitnehmern: Bruttoarbeits Einkommen der letzten 12 Monate (einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld) _____ Euro
Bei Selbstständigen: Gewinn/ Jahresüberschuss vor Steuern (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung) der letzten 3 Jahre:
 20 _____ Euro 20 _____ Euro 20 _____ Euro

G – Weitere Gesundheitsangaben

- G.1** Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht? Wenn ja, welche? _____ ja nein

Weiterführende Angaben

Frage Nr. Zu Fragen, die Sie **bejaht** haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, falls der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht ausreicht. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.

A.1	Reiseland (ggf.Stadt) /Aufenthaltsdauer/ Beginn /Aufenthaltsgrund			
A.2–A.3	Art/ Umfang/ Häufigkeit der besonderen Gefahren? /Seit wann? / Wo?			
A.5/B.1	Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme? Grund?			
C.1–C.10 D.1–D.2	Was lag oder liegt vor? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende/ behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung?	Anschrift?
D.3–D.5	Wann und weshalb?			