

Gesundheitserklärung

zum Antrag/zur unverbindlichen Anfrage vom: Tag Monat Jahr

Versicherungs-Nr.
sofern bekannt

Versicherungsnehmer (VN)

Versicherte Person (VP)

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Gründe anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie unter „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ auf den Folgeseiten bzw. auf der Rückseite dieses Dokuments.

Bitte beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung immer beantworten:

Angaben zur beruflichen Tätigkeit der VP

Beruf Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf. Branche

Risikogruppe Angestellter Beamter Selbständiger/Freiberufler seit wann? Tag Monat Jahr
 Auszubildender Schüler Student

Fachrichtung Studium

1. Personalverantwortung oder Projektleitungsverantwortung für Personen Anzahl

Dies gilt für Vollzeitkräfte. Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet. Für Projektleitung gilt:
– mindestens 6 Monate als Projektleiter tätig
– mindestens 60 % der regelmäßigen Arbeitszeit
– Weiterbildung zum Projektleiter ist nachweisbar

2. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz an der Gesamttätigkeit %

Geben Sie den prozentualen Anteil der üblicherweise in einem Büro (Innendienst) anfallenden Tätigkeiten an.

3. Anteil der körperlichen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit %

Geben Sie den prozentualen Anteil der Tätigkeiten an, die üblicherweise nicht einer Bürotätigkeit zugeordnet werden können und keine reine Reisetätigkeit darstellen.

4. Anteil der Reisetätigkeit an der Gesamttätigkeit %

Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen.

5. Höchster Bildungsabschluss

Z. B. Bachelor, Master, Diplom, Examen

6. Abgeschlossene Berufsausbildung

Z. B. kaufmännisch, handwerklich, technisch; Fortbildung als z. B. Techniker, Meister, Fachwirt

Allgemeine Gesundheitsprüfung

Angaben der versicherten Person (VP)

Bei den nachstehenden in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse evtl. durchgeführter Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) auf der Seite 8)

1. Wurden in den letzten 5 Jahren ein oder mehrere Anträge auf eine Versicherung zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Das gilt für Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dread Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen. Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Namen der Versicherungsgesellschaft, das Jahr der Antragstellung oder der Anfrage, die Art der Versicherung, die Höhe der Leistung und mögliche Übernahmbedingungen (Erschwerungen). nein ja
2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt – sowohl im Beruf, wie bei Sport und Freizeit? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven/explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie Luft-, Motor-, Tauch-, Berg-, Kampf-, Wasser- oder Reitsport betreiben. nein ja
3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird? (Wann, wo, wie lange, beruflicher oder privater Anlass?) nein ja

Angaben zur Gesundheit der VP

4. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe cm Gewicht kg

Zeitlich nicht befristete Fragen

5. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen (wie angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen), oder bestehen bleibende Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Gehörlosigkeit)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder ein offizieller Nachteilsausgleich während der Schulausbildung? Bitte Kopie des Bescheids beifügen. nein ja
6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt? nein ja
7. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Blut-, Brust-, Darm-, Hodenkrebs)? nein ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 10 Jahre

8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär operiert oder stationär behandelt (dazu zählen auch Kur-/Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapie), oder sind aktuell Operationen oder Behandlungen geplant, oder stehen Untersuchungsergebnisse noch aus? nein ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Monate

9. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Wie z. B. Rücken- oder Nackenschmerzen über mindestens 48 Stunden, Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Herzrhythmusstörungen, Seh-, Hör-, Gleichgewichts-, Gang-, Sensibilitäts- oder Wahrnehmungsstörungen, Atemnot, Ohnmacht, Blut im Urin oder im Stuhl, psychische Erschöpfungs- oder Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände mit noch nicht gekläarter Ursache und allergische Reaktionen. nein ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre

10. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen bei Ärzten, sonstigen Behandlern* oder im Krankenhaus statt wegen Krankheiten oder Unfallfolgen:
- 10a. des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane (z. B. ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris)? nein ja
 - 10b. der Atmungsorgane: Dies sind Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen (z. B. Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? nein ja
 - 10c. der Verdauungsorgane: Dies sind Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen-/Darmgeschwür, Entzündungen, Gallensteine, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom)? nein ja
 - 10d. der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenversagen, wiederkehrende oder chronische Entzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)? nein ja
 - 10e. des Gehirns und des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne)? nein ja
 - 10f. der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, Essstörungen, Suizidversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out, Erschöpfungszustände), oder wurden oder werden Sie wegen einer Suchterkrankung (Konsum von Drogen, drogenähnlichen Substanzen, Medikamenten oder Alkohol) behandelt oder beraten? nein ja
 - 10g. des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? nein ja
 - 10h. des Blutes oder des lymphatischen Systems und der Milz (z. B. Anämie, Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenentzündung)? nein ja
 - 10i. Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, Tropen- oder Geschlechtskrankheiten)? nein ja
 - 10j. gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Adenome, Zysten)? nein ja
 - 10k. der Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome)? nein ja
 - 10l. des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen oder der Bänder (z. B. Rückgratverkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Sehnencheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Gelenkverschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)? nein ja
 - 10m. der Augen (z. B. Linseneintrübung, Netzhautablösung, erhöhter Augeninnendruck, Laser-Behandlung)? nein ja
 - 10n. Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?
Falls ja: Bitte geben Sie die betreffende Dioptrienzahl an. links +/- rechts +/- nein ja
 - 10o. der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Störungen des Gleichgewichtssinns)? nein ja
 - 10p. Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)? nein ja
11. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente, oder wurden Ihnen solche verordnet? Falls ja: Bitte nennen Sie die Medikamente. Seit wann nehmen Sie diese? Wie hoch ist die Dosis pro Tag? Und weswegen nehmen Sie diese? nein ja

Bitte geben Sie Ihren Arzt an, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse berichten kann. (Name, Anschrift, Fachrichtung)

* Unter „sonstige Behandler“ sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Lern-, Ergo-, Sprachtherapeuten zu verstehen.

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Was? Wann? Wie lange? Bei Gesundheitsangaben auch Diagnose, Behandlung, Folgen? Name und Anschrift behandelnder Ärzte/sonstige Behandler*, Krankenhäuser, Kur-/Rehakliniken? Ergebnis? Folgen?

Frage Erläuterungen

* Unter „sonstige Behandler“ sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Lern-, Ergo-, Sprachtherapeuten zu verstehen.

Zusätzliche Prüfung für eine Rente bei Berufsunfähigkeit

1. Bestehen für Sie schon (Zusatz-)Versicherungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, oder wurden solche beantragt? nein ja

Falls ja: Nennen Sie bitte jeweils den Namen der Gesellschaft, das Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, die Schicht (Basisrente, private Absicherung), die Höhe der Leistung und die Art der Versicherung.

Gesellschaften	Jahr	Schicht
_____	<input type="text"/>	_____
Höhe der Leistung/Prämienbefreiung p.a.	Art der Versicherung (BU/EU)	
<input type="text"/>	_____	

EUR

Bitte bei Platzmangel ein separates, vom VN unterschriebenes Blatt verwenden!

Angaben zur Angemessenheit

Original an Versicherer - Durchschlag 1 für Vertrieb - Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

2. Verfügen Sie neben der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung noch über weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit?

Berufsständisches Versorgungswerk	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl., ca.	<input type="text"/>
Beamtenversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl., ca.	<input type="text"/>
Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl., ca.	<input type="text"/>

3a. Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an:

Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3b. Als Berufseinsteiger* geben Sie das aktuelle Monatseinkommen an:

(Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit inklusive Weihnachts- und Urlaubsgeld; Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbständiger Tätigkeit als Einkommen.)

Bei Gesamtrenten – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 30.000 EUR jährlich bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre (z. B. Steuerbescheid, Bestätigung des Steuerberaters, Gehaltsabrechnungen) einreichen.

* Als Berufseinsteiger gilt, wer innerhalb der letzten 12 Monate nach Abschluss einer/s Ausbildung/Studiums eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat.

Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen

Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäss der Annahmerichtlinien veranlasst.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Besondere Vereinbarungen

Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung:

Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der HDI Lebensversicherung AG

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ist zu richten an:

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1
50679 Köln
E-Mail: leben.service@hdi.de

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 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 Stellen 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 Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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 an die HDI Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die HDI Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HDI Lebensversicherung AG einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HDI Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 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 zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG

Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus!

Bitte wählen Sie ebenfalls 2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes aus, sofern gewünscht!