

DYNAMIK 7

Ja, meine Versicherungssumme soll jährlich um 3 % wachsen (nur möglich bei den T1-Tarifen und Versicherungssummen bis maximal 200.000 EUR). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.

BEZUGSRECHT 8

Bezugsberechtigt für alle Leistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist a) der Versicherungsnehmer, b) falls verstorben, ist es:

Name

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 9**WICHTIGER HINWEIS ZU DEN FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG:**

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten.

Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu finden Sie am Ende der Gesundheitsfragen. HIV-Tests sind **keine** Gentests.

Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Fragen bejahen, benötigen wir weitere Erläuterungen. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei und verweisen darauf.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ihn anpassen, was zu unserer Leistungsfreiheit – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung auf Seite 1 des beigefügten Heftes „Bedingungen und Informationen“).

Wichtiger Hinweis!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 5 Jahre:**1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:**

- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem/Schwellungen, Schlaganfall)? Nein Ja
- b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, COPD/chronisch obstruktive Lungenerkrankung)? Nein Ja
- c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen/Krampfader der Speiseröhre)? Nein Ja
- d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)? Nein Ja
- e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)? Nein Ja
- f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Schilddrüsenknoten)? Nein Ja
- g) akuter oder chronischer Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)? Nein Ja
- h) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)? Nein Ja
- i) des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)? Nein Ja

Wichtig: Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, so machen Sie bitte dazu genauere Angaben (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Nähere Angaben zu Frage: _____

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
~~– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)~~

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar:

Nähere Angaben zu Frage: _____

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
~~– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)~~

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar:

Nähere Angaben zu Frage: _____

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
~~– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)~~

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar:

2. Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?

Nein Ja

Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
~~– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)~~

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar:

3. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Weshalb?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Welche Medikamente?

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmittel beraten oder behandelt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Betäubungsmittel oder Drogen?
- ~~Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)~~

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Grund für die Kontrolle / Nachsorge?
- Welche Grunderkrankung / Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?

Die folgende Frage bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 10 Jahre:

6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
- Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

- Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja, und zwar:

Allgemeine Fragen zur Gesundheit:

7. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) oder besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Gesundheitsstörungen?
- Welcher Grad der Störungen?

8. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben:

Größe: cm

Gewicht: kg

9. Sind Sie Nichtraucher? (Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung.)

- Ja, ich habe noch nie geraucht.
- Ja, seit mind. 10 Jahren.
- Ja, seit mind. 12 Monaten.
- Nein, ich bin Raucher.

Wie viele Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / E-Zigaretten rauchen Sie im Schnitt täglich?

Stück

10. Welcher Arzt kann am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben (z. B. Hausarzt)?

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes an:

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten:

11. Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt?

Nein Ja

Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welcher Art?

