



Ich habe seit mindestens einem Jahr nicht geraucht

Wichtige Erklärung zum Rauchverhalten der zu versichernden Person:

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin konsumiert hat und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

Unter Konsumieren von Nikotin verstehen wir beispielsweise

- das Rauchen unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen,
- das Rauchen unter Verwendung eines elektrischen Hilfsmittels, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn),
- die Verwendung von Wasserpfeifen,
- das Kauen oder Schnupfen von Tabak einschließlich der Nutzung von Oraltabak (zum Beispiel Snus) oder
- die Verwendung von Nikotinplastern oder Nikotinkaugummis.

Ergebnis der Risikoprüfung

Vorläufiger Versicherungsschutz

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht bei Unfall entsprechend den auf der Bestätigung abgebildeten Versicherungsbedingungen

Finanzielle Angaben

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

Jahr	Jahr	Jahr
EUR	EUR	EUR

Ja Nein

1. b. Bestehen bereits Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeit Erwerbsunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt?

☐☐

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe?

Gesellschaft	Todesfallleistung	BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich
	EUR	EUR
	EUR	EUR

Gesundheitsangaben

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

	Ja	Nein
a) des Herzens, des Kreislaufs oder der Blutgefäße (z. B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)?	☐	☐
b) der Atmungsorgane (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopfkrankung)?	☐	☐
c) des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle oder der Milz (z. B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)?	☐	☐
d) der Nieren und Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane, der Prostata, der Brust (z. B. Steinleiden, Zysten, Entzündungen)?	☐	☐
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)?	☐	☐
g) Bindegewebs- oder entzündliche Gelenkerkrankungen (z. B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)?	☐	☐
h) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. HIV / AIDS, Corona / COVID-19, Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)?	☐	☐
i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, wiederholte Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Unruhe oder Taubheitsgefühle, Erschöpfungs- oder Schmerzzustände)?	☐	☐
j) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, grauer/grüner Star, erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Netzhautablösung) Bei Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien links: _____ / rechts: _____	☐	☐
k) der Ohren/Sinnesorgane (z. B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)?	☐	☐
l) des Rückens, der Wirbelsäule und Bandscheiben (z. B. Skoliose, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Rücken-/Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)?	☐	☐
m) des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder und Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänder- oder Meniskusschäden)?	☐	☐
n) der Haut oder Allergien (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstaub- / Medikamenten- / Insektenallergie)?	☐	☐
o) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten (z.B. Beratung, Behandlung wegen Alkohol-, Drogen- oder Betäubungsmittelkonsums, medizinisch-psychologische Untersuchung)?	☐	☐

Zur Frage	Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf? Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen? Zeitraum von – bis? Name / Anschrift behandelnde Ärzte /Therapeuten, Krankenhäuser, Heil- und Kurstätten

	Ja	Nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder wurden - auch ambulante - Operationen, Kuren / Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Strahlen- / Chemotherapien durchgeführt?	☐	☐

Ergänzende Information, wenn diese Frage mit „Ja“ beantwortet wird:

Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf? Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen? Zeitraum von - bis Name / Anschrift behandelnde Ärzte /Therapeuten, Krankenhäuser, Heil- und Kurstätten

	Ja	Nein
4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück Medikamente eingenommen? Unter Medikamenten verstehen wir alle Arzneimittel wie z.B. Tabletten, Spritzen oder Infusionen, die Sie ärztlich verordnet bekommen oder selbst angewandt haben.Bitte geben Sie keine Verhütungsmittel an.	☐	☐

Ergänzende Information, wenn diese Frage mit „Ja“ beantwortet wird:

Welches Medikament haben Sie eingenommen? Was lag vor? Diagnose? Verlauf? Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen? Zeitraum von – bis Name/ Anschrift behandelnde Ärzte/Therapeuten, Krankenhäuser, Heil- und Kurstätten

	Ja	Nein
5. Besteht eine Behinderung, ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine bleibende Funktionseinschränkung? Bitte Rentenbescheid zur Einsicht beifügen!	☐	☐

Wenn "ja": Welche?

Diagnose / Art der Behinderung / Bestehend seit?
Grad der MdE, WDB, GdB in %
Name / Anschrift behandelnde Ärzte/Therapeuten, Krankenhäuser, Heil- und Kurstätten

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

Wenn "ja": Welche?

	Ja	Nein
7. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte außerhalb der EU von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen?	☐	☐

Wenn "ja": Wohin?

Beruflich	☐	Privat	☐	Zeitraum _____
-----------	--------------------------	--------	--------------------------	----------------