

## MERKBLATT FÜR UNTERSUCHUNGEN

**Bitte kreuzen Sie im anhängenden Arztauftrag die erforderlichen Untersuchungen an.** Der Umfang der Untersuchung ergibt sich aus der untenstehenden Übersicht.

### Tipps zur Vorbereitung des Untersuchungsauftrages

- Bitte bereiten Sie den anhängenden Untersuchungsauftrag gemäß den angegebenen Summengrenzen und Hinweisen sorgfältig vor.
- Die Untersuchung sollte vom Hausarzt (Allgemeinarzt) oder von einem Internisten vorgenommen werden.
- Geben Sie bitte auf dem Ärztlichen Zeugnis den zuständigen Empfänger und – sofern bekannt – die Versicherungsnummer an.
- Die Gesellschaft übernimmt keine Kosten für nicht notwendige Untersuchungen.
- Bei höheren Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-/KSP-Renten benötigen wir auch die Antworten der „Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz“ (Druckstück EV---0004Z0).

**Alternativ zur Ärztlichen Untersuchung kann in vielen Fällen auch ein „M-Check“ beauftragt werden.** Details siehe Rückseite.

### Ermitteln der Summengrenzen

**Maßgebend für die Summengrenzen ist die garantierte Leistung.**

Bei der Berechnung der Summengrenzen müssen alle beim jeweiligen Versicherer (AZL oder DLVAG) bestehenden Versicherungen, die in den letzten 5 Jahren ohne Untersuchung abgeschlossen wurden, berücksichtigt werden. Versicherungen nach dem Vermögensbildungsgesetz und listenmäßige Aufnahmen bleiben bei Einzelversicherungen und bei Versicherungen im Rahmen von Sammel-/Rahmenverträgen unberücksichtigt.

#### 1. Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge

Bei Hinterbliebenenrenten entspricht das Todesfallkapital dem Barwert der Rente. Dieser wird durch den für das jeweilige Eintrittsalter entsprechenden Faktor ermittelt. Die Faktoren sind in AMIS hinterlegt und werden automatisch berücksichtigt.

#### 2. Einmalbeitragszahlung – Ermittlung des Todesfallkapitals für die Untersuchungsgrenze

Bei Hinterbliebenenvorsorge mit Einmalbeitragszahlung wird als Todesfallkapital das „riskierte Kapital“ angesetzt. Vereinfachte Berechnung: Garantiekapital bei Tod abzüglich Einmalzahlung.

#### 3. Bausteine zur Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Pflegevorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)

Die Rentenansprüche aus diesen Bausteinen (inkl. der entsprechenden Ansprüche aus Vorversicherungen der letzten 5 Jahre ohne Untersuchung) müssen getrennt behandelt werden. Der jeweils größere Untersuchungsumfang ist ausschlaggebend.

#### 4. Rentenversicherung mit Beitragsbefreiung (B) oder nur geringer BU-/DU-Rente

Als Risikosumme (Berufsunfähigkeitsleistung-/Dienstunfähigkeitsleistung) gilt der Bruttojahresbeitrag aller Bausteine abzüglich der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-Bausteine. Maßgebend ist die Grenze für Untersuchungen für den Baustein Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge. Gleiches gilt, wenn die BU-/DU-Rente geringer als die Beitragsbefreiung ist.

#### 5. Pflegevorsorge – Zusatzbaustein Kapitalzahlung bei schwerer Pflegebedürftigkeit

Der Umfang der Risikoprüfung wird über die Untersuchungsgrenzen für die Pflegerente mit abgedeckt.

**Hinweise zum automatischen Anfordern von Ärztlichen Berichten:** siehe Rückseite.

| Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge |                |   |
|---------------------------------------|----------------|---|
| Todesfallkapital ab                   | Eintrittsalter | Untersuchungen  |
| 500.001 EUR                           | 15–60 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen)   |
| 1.000.001 EUR                         | 15–49 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen)   |
|                                       | 50–60 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen)  |
| 4.000.001 EUR                         | 15–49 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)                             |
|                                       | 50–60 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucherтарifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler |

PESVA01663

| Bausteine zur Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge und KörperSchutzPolice (KSP) |                |   |
|---|----------------|---|
| Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-/KSP-Leistungen jährlich ab (B siehe Ziffer 4)     | Eintrittsalter | Untersuchungen  |
| 36.001 EUR  | 15–49 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucher-tarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge)   |
|   | 50–60 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucher-tarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge)  |
| 90.001 EUR  | 15–49 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucher-tarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge), Stressecho-kardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)                            |
|   | 50–60 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucher-tarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler |

| Baustein zur Pflegevorsorge |                |  |
|-----------------------------|----------------|--|
| Pflegevorsorge ab           | Eintrittsalter | Untersuchungen   |
| 30.001 EUR                  | 15–29 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest   |
|                             | 30–70 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP                                      |
| 36.001 EUR                  | 15–54 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP                                      |
|                             | 55–64 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Abdomensonografie                   |
|                             | 65–70 Jahre    | E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Abdomensonografie, Echokardiografie |

**Anfrage bei der zuständigen Abteilung:**

- generell bei Eintrittsaltern bis 14 Jahre (Hinterbliebenenbaustein)
- Berufsunfähigkeitsvorsorge ab Eintrittsalter 61
- Hinterbliebenenvorsorge ab Eintrittsalter 61
- Pflegevorsorge ab Eintrittsalter 71 Jahre.

#### M-Check:

Alternativ zur ärztlichen Untersuchung (gemäß E----0105) ist auch die Verwendung des „M-Check“ (Dienstleister medicals direct GmbH) möglich.

Die Regelungen bezüglich der Kostenübernahme und zur Summenberechnung gelten analog der ärztlichen Untersuchung.

Für die Beauftragung des M-Checks gelten folgende Höchstgrenzen:

- Todesfallsumme bis 4.000.000 EUR
- BU-/KSP-Vorsorge bis 90.000 EUR/Jahr
- Pflege-Rente keine Begrenzung

#### Anforderung von Summen-HZ (Ärztlicher Bericht vom Hausarzt):

Um sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz nicht durch irrtümlich vergessene Angaben zum Gesundheitszustand gefährdet wird, fordern wir ab bestimmten Eintrittsaltern und Versicherungsleistungen einen Ärztlichen Bericht vom Hausarzt bzw. dem Arzt an, der am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person Bescheid weiß. Maßgebend ist die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes.

- **Baustein Hinterbliebenenvorsorge:**  
Risikoversicherung (L0) und gemischte Tarife:  
– Eintrittsalter ab 55: Todesfallleistung ab 200.001 EUR\*)
- **Baustein BU-/DU-Vorsorge/KSP:**  
– Eintrittsalter ab 50: BU-/DU-Rente/KSP ab 12.001 EUR\*)
- **Baustein Pflegevorsorge:**  
– Eintrittsalter ab 50: Pflegerente ab 24.001 EUR\*)

\*) Ist im Antrag ein Hausarzt angegeben, wird die zuständige Abteilung bei diesem direkt ein hausärztliches Zeugnis anfordern; ist kein Hausarzt genannt, veranlassen Sie bitte sofort eine ärztliche Untersuchung mit dem Druckstück E----0105Z0.

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,  
vielen Dank für Ihren Versicherungsantrag.

Zur Bearbeitung des Antrags benötigen wir die Ergebnisse der unten angekreuzten ärztlichen Untersuchungen.  
Bitte geben Sie den vorbereiteten Untersuchungsauftrag zusammen mit dem Untersuchungsformular  
(Ärztliches Zeugnis – Druckstück E----0105Z0) dem Arzt.

Bitte beachten Sie: Da bei der Untersuchung auch eine Blutuntersuchung erfolgt, bitten wir Sie nüchtern zur Untersuchung zu kommen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG/Deutsche Lebensversicherungs-AG

bitte hier abtrennen

Allianz Lebensversicherungs-AG  
Deutsche Lebensversicherungs-AG

Allianz 

Untersuchungsauftrag

Herrn/Frau  
Dr. med.

Für Herrn/Frau

wurde eine Personenversicherung beantragt.

geb. am

**Bitte nehmen Sie nur die angekreuzten Untersuchungen vor.**

Honorar:

- ☐ Untersuchung nach dem beigelegten Druckstück E----0105Z0 und Blut-/Urinuntersuchung  
(nüchtern: Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride,  
Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest)

145 EUR  
(inkl. Laborkosten)

- ☐ HIV-Test (bei positivem Suchtest mit Bestätigungstest)

30 EUR  
(inkl. Laborkosten)

- ☐ Cotinin im Urin (nur für Nichtraucher, die einen Nichtrauchertarif beantragt haben)

55 EUR  
(inkl. Laborkosten)

- ☐ Stressechokardiografie

268 EUR

- ☐ Carotis-Doppler (Doppleruntersuchung der hirnversorgenden Arterien gemäß GOÄ 645)

128 EUR

- ☐ Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)

26 EUR

- ☐ Abdomensonografie

65 EUR

- ☐ Echokardiografie

95 EUR

- ☐ NT-proBNP

33 EUR  
(inkl. Laborkosten)

Gesamt-Honorar inklusive Laborkosten:

EUR

- ☐ **Alternativ** (bitte ankreuzen): Die Laborkosten werden vom Leistungserbringer gesondert in Rechnung gestellt. Ich bin damit einverstanden, dass das verbliebene Honorar erst nach Eingang der Laborkostenrechnungen an mich überwiesen wird.

Das Honorar ist zu überweisen:

IBAN-Nr.:

BIC-Nr.:

Geldinstitut: Bank, Sparkasse, Postbank

Kontoinhaber:

Rechnungsnummer:

**Sollten Sie mit den aufgeführten Honoraren nicht einverstanden sein, nehmen Sie die Untersuchung bitte nicht vor.**

Kosten, die durch nicht verlangte, aber trotzdem durchgeführte Untersuchungen entstehen, kann die Gesellschaft nicht übernehmen.

Eine ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer ist in den Beträgen enthalten.

Sollten Sie mit der zu untersuchenden Person in einem Partnerschaftsverhältnis (dienstlich oder privat) stehen oder verwandt oder verschwägert sein, bitten wir, die Untersuchung nicht vorzunehmen.

Unterschrift und Stempel des Auftraggebers (Vermittler/Verwaltungsabteilung)



## Abfragezeitraum der folgenden Fragen: **10 Jahre**

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

|  |  |   |
|--|--|---|
| 8. Sind Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> wegen Erkrankungen oder Störungen in den unten aufgeführten Bereichen von Ärzten oder sonstigen Therapeuten untersucht oder behandelt worden?  |  | Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift) |
| a) des <b>Herzens</b> ?<br>z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| b) des <b>Kreislaufs</b> oder der <b>Gefäße</b> ?<br>z. B. Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| c) des <b>Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks</b> ?<br>z. B. Seh-, Sprach-, sensorische Störungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung oder Migräne   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| d) der <b>Wirbelsäule</b> , des <b>Rückens</b> , des <b>Nackens</b> ?<br>z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| e) der <b>Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung- oder sonstiger Gelenke inkl. Sehnen oder Knochen oder Muskulatur</b> ?<br>z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenk-abnutzung), Arthritis (Entzündung), Bandverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Fibromyalgie, Osteoporose  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| f) der <b>Haut</b> oder <b>Allergien</b> ?<br>z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| g) der <b>Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase/-wege, Magen, Darm)</b> ?<br>z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch, Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm)  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| h) des <b>Blutes</b> , der <b>blutbildenden Organe</b> , der <b>Milz</b> ?<br>z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| i) im Rahmen von <b>Infektions- oder Autoimmunkrankheiten</b> ?<br>z. B. COVID-19, Hepatitis, HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthritis  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| j) der <b>Psyche</b> ?<br>z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, psychosomatische oder somatoforme Störung  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| 9. Werden oder wurden Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> wegen <b>Alkoholkonsums, Medikamentenabhängigkeit, Spiel- oder Internetsucht</b> beraten oder behandelt?<br><b>Falls ja</b> , wann, von wem (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| 10. Nahmen Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> oder nehmen Sie <b>Drogen</b> oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?<br>z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice<br><b>Falls ja</b> , welche, wann, Name und Anschrift beratenden / behandelnden Personen/Stellen?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| 11. Fanden in den <b>letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante)</b> statt oder sind diese vorgesehen bzw. empfohlen?<br><b>Falls ja</b> , wann, weshalb, Kontrolluntersuchungen (Name und Anschrift, Fachrichtung des Arztes/der Klinik)?<br><b>Nicht anzugeben sind:</b> Blinddarmoperationen, Nasenscheidewandoperationen, Operationen grauer Star, Zahnoperationen, Mandeloperationen.  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| 12. Sind Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> in <b>Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien stationär</b> untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt?<br><b>Falls ja</b> , wann, weshalb (Name und Anschrift des Instituts)?<br><b>Nicht anzugeben sind:</b> Aufenthalte wegen Entbindung, Blinddarm-entfernung, Mandelentfernung. | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |

### Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 5 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

|   |  |   |        |  |       |  |
|---|--|---|--------|--|-------|--|
| 13. Sind Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> wegen Erkrankungen oder Störungen in den unten aufgeführten Bereichen von Ärzten oder sonstigen Therapeuten untersucht oder behandelt worden?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift) |        |  |       |  |
| a) der <b>Geschlechtsorgane</b> (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)?<br>z. B. auffälliger PAP-Test, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |
| b) des <b>Stoffwechsels</b> , des <b>Hormonhaushaltes</b> ?<br>z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht                        | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |
| c) der <b>Augen</b> ?<br>z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie/Weitsichtigkeit, Myopie/Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirurgie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Dioptrien   | rechts |  | links |  |
|   |  | Cyl   | rechts |  | links |  |
|   |  | Visus   | rechts |  | links |  |
| d) des <b>Halses</b> , der <b>Nase</b> , der <b>Ohren</b> ?<br>z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |
| e) der <b>Atemwege</b> ?<br>z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |
| f) der <b>Harnorgane</b> ?<br>z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |
| 14. Haben Sie in den <b>letzten 5 Jahren Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen</b> erlitten?<br>z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen mit bleibenden Organschäden                     | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |
| 15. Nahmen Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> oder nehmen Sie <b>regelmäßig</b> oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein?<br><b>Falls ja</b> , wann, welche und weshalb?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |        |  |       |  |

### Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 3 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 16. Waren Sie in den <b>letzten 3 Jahren</b> länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?<br><b>Falls ja</b> , wann, weshalb, Dauer? Bei Krankschreibung bitte Angabe des Arztes/der Klinik (Name und Anschrift):   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |  |  |  |
| 17. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der <b>letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen, die durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt wurden</b> ?<br>z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebschwäche<br><b>Falls ja</b> , bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen (inkl. Name und Anschrift der beratenden/behandelnden Personen): | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |  |  |  |

PESVA01663



weitere Fragen

### Fragebogen genetische Untersuchungen oder Analysen

(Nur bei einer bei Vertragsschluss vereinbarten, garantierten **Versicherungssumme ab 300.001 EUR** oder einer garantierten jährlichen **Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Pflege-/Hinterbliebenenrente** oder Rente aus der **KörperSchutzPolice ab 30.001 EUR** zu beantworten.)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erfolgten **genetische Untersuchungen oder Analysen**? ☐ ja ☐ nein

**Falls ja**, wann und mit welchem Befund?

---

---

---

**Falls ja**, bitte Angabe des Arztes/des durchführenden Institutes/der Klinik (Name und Anschrift):

---

---

---

Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren **leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern** Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind? ☐ ja ☐ nein

**Falls ja**, welche Erkrankungen oder Fehlbildungen und in welchem Alter?  
(KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)

---

---

---

Die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.  
Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen und den genannten Zusatzblatt/-blättern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person



## Teil II: Untersuchungsbefund

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Haben Sie die zu versichernde Person in den <b>letzten 10 Jahren bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?</b><br><b>Falls ja</b> , wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben?<br>Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.        | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |   |
| 2. <b>Untersuchung (bitte nur heute in der Praxis gemessene Werte eintragen)</b>  |  | Gewicht: _____ kg<br>Größe: _____ cm<br>Bauchumfang: _____ cm |
| 3. <b>Herzuskultation und Blutdruckmessung</b><br>a) Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche/-töne?<br><b>Falls ja</b> , bitte kurze Beschreibung.<br>Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiografie für sinnvoll? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |   |
| b) <b>Blutdruck und Pulsfrequenz:</b><br>Wurden die nachfolgenden Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?<br>Ggf. welche?<br>Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung             | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |   |

|                                   | Pulsschläge je Minute | davon Extraschläge je Minute | Blutdruck in mm Hg./systol. | Blutdruck in mm Hg./diastol. |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Erste Messung: linke Seite        |                       |                              |                             |                              |
| Erste Messung: rechte Seite       |                       |                              |                             |                              |
| Ggf. zweite Messung: linke Seite  |                       |                              |                             |                              |
| Ggf. zweite Messung: rechte Seite |                       |                              |                             |                              |

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?  
(Sofern in den letzten 12 Monaten ein 24-Stunden-EKG durchgeführt wurde, bitte Ergebnis beifügen.)

| Datum | Blutdruck in mm Hg./systol. | Blutdruck in mm Hg./diastol. | Datum | Blutdruck in mm Hg./systol. | Blutdruck in mm Hg./diastol. | Datum | Blutdruck in mm Hg./systol. | Blutdruck in mm Hg./diastol. |
|-------|-----------------------------|------------------------------|-------|-----------------------------|------------------------------|-------|-----------------------------|------------------------------|
|       |                             |                              |       |                             |                              |       |                             |                              |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 4. <b>Haben Sie in den folgenden Bereichen weitere auffällige Befunde während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?</b><br>a) <b>Herz-Kreislauf-Systeme:</b><br>z. B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanose, Lymphknotenschwellungen, Varizen | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| b) <b>Atmungsorgane:</b><br>z. B. Auskultations-, Perkussionsbefunde   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| c) <b>Verdauungsorgane:</b><br>z. B. Palpationsbefunde, Leber-, Milzgröße, Hernie  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| d) <b>Harn- und Geschlechtsorgane:</b><br>z. B. Klopferschmerzhaftigkeit der Nierenlager   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| e) <b>Haut und Schleimhäute:</b><br>z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen, Spider naevi  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| f) <b>Sinnesorgane:</b><br>z. B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |

PESVA01663

(37V) 0.12.24

E----0105Z0

|   |  |  |
|---|--|--|
| g) <b>Nervensystem:</b><br>z. B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnervenauffälligkeiten                        | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| h) <b>Bewegungsapparat:</b><br>z. B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenkbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Endoprothesen (TEP), Orthesen | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
| i) <b>Sonstiges:</b><br>z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. **Aktuelle Laboruntersuchungen (mit Datumsangabe)**

a) **Urinuntersuchung: Ergebnis des Streifentests**

Leukozyten \_\_\_\_\_  
Nitrit \_\_\_\_\_  
Ph-Wert \_\_\_\_\_  
Protein \_\_\_\_\_  
Glucose \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

☐ siehe beiliegendes Laborblatt

Keton \_\_\_\_\_  
Urobilinogen \_\_\_\_\_  
Bilirubin \_\_\_\_\_  
Blut \_\_\_\_\_  
Hämoglobin \_\_\_\_\_

b) **Blutuntersuchungen**

Bitte Laborblatt beifügen.

6. **Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen.**

Welche Befunde wurden mitgeteilt?

☐ keine

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten **AUFFÄLLIGE BEFUNDE** mitzuteilen, aber keine Bewertung der Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft **NUR VERSCHLOSSEN** übergeben werden.

Bitte senden Sie uns vorhandene Befunde und Berichte, auch von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Fachärzten usw. (sofern möglich als Kopie) zur Einsichtnahme.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Etwas anderes gilt, wenn die beantragte **Kapitalleistung 300.000 EUR übersteigt** oder eine **Jahresrente von mehr als 30.000 EUR** versichert werden soll. In diesen Fällen dürfen wir auch Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen anfordern, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Wir werden die entsprechenden Unterlagen in diesem Fall direkt bei Ihrem Patienten/Ihrer Patientin anfordern.

**Sofern die Grenzen überschritten werden, lassen Sie bitte die Erklärung auf Seite 5 von Ihrem Patienten beantworten und unterschreiben.**

In jedem Fall bitten wir Sie jedoch, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen des Patienten/der Patientin anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Bitte reichen Sie zusammen mit dem Untersuchungsergebnissen auch den **Untersuchungsauftrag** mit ein, den Sie bitte noch um Ihre Bankverbindung ergänzen.