

Versicherungsnummer

Daten des Abschlussvermittlers

Daten des Betreuers

LB102285

**Vorvertrag-  
liche  
Anzeige-  
pflicht**

**Sie haben uns** als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** in Ihrem Namen **den Fragebogen ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

**Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn** Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

**Unser Rücktrittsrecht** wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

## Hinweis

**Grundlage für das Ärztliche Zeugnis und für den Anspruch auf Honorar ist ein rechtswirksam gestellter Antrag bei der Gothaer Lebensversicherung AG. Die Vergütung erfolgt ausschließlich, wenn ein rechtsgültiger Versicherungsantrag bei der Gothaer Lebensversicherung AG vorliegt und die Untersuchung im Rahmen der Risikoprüfung angefordert wurde. Ohne vorliegenden Antrag besteht kein Anspruch auf Honorarzahlung.**

Der Antrag

wurde bereits eingereicht.  wird zusammen mit dem Ärztlichen Zeugnis eingereicht.

**Untersuchte  
Person**

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Die untersuchte Person ist mir persönlich bekannt.

Die Identifikation erfolgte durch einen gültigen Personalausweis/Reisepass.

Geburtsdatum

Ist die zu versichernde Person mit dem/der untersuchenden Arzt/Ärztin in einem Partnerschaftsverhältnis (dienstlich oder privat) oder verwandt oder verschwägert?

Ja  Nein

Falls ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

**Angaben  
zum Arzt**

Behandlung erfolgt als  Hausarzt  Facharzt

Telefonnummer für Rückfragen

Name des Hausarztes

Praxisanschrift des Hausarztes

**Tabak- und  
Nikotin-,  
Alkohol-,  
Drogenkonsum**

Haben Sie **innerhalb der letzten 36 Monate** Tabakprodukte oder nikotinhaltige Erzeugnisse konsumiert? Dazu zählen beispielsweise Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen, Shishas sowie elektronische Alternativen wie E-Zigaretten, E-Shishas oder ähnliche Produkte.

Bitte berücksichtigen Sie auch gelegentlichen oder anlassbezogenen Konsum.

**Wenn Sie nur gelegentlich geraucht haben:** Was genau haben Sie konsumiert, wie oft und in welcher Menge **innerhalb des letzten Jahres?**

Haben Sie **in den letzten fünf Jahren** regelmäßig oder gelegentlich Alkohol konsumiert? Wurden Sie in diesem Zusammenhang ärztlich beraten, behandelt oder betreut?

Haben Sie **innerhalb der letzten fünf Jahre** Drogen, betäubende Mittel oder vergleichbare Substanzen konsumiert?

**Falls ja, was und wie viel täglich?**

Ja  Nein

Art, Anzahl

Art, Anzahl, Häufigkeit

Ja  Nein

Art, Anzahl, Häufigkeit

Ja  Nein

Art, Anzahl, Häufigkeit

**Gesundheitlich  
bedingte  
Abwesenheiten**

Gab es in den letzten zwei Jahren einen Zeitraum von mehr als 14 aufeinanderfolgenden Tagen, in dem Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihre schulische, berufliche oder akademische Tätigkeit nicht ausüben konnten? Besteht derzeit eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja  Nein

Art, Anzahl

**Bei Gentests  
bitte ausfüllen**

**Bitte beachten:** Nur bei Lebensversicherungen mit einer Leistung von mehr als 300.000 EUR oder einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflege-rentenversicherung mit einer Jahresrente von **mehr als 30.000 EUR** beantworten.

**Erfolgten genetische Beratungen oder Testuntersuchungen?**  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Datum, Name und Anschrift des Arztes oder Instituts angeben.

Bitte Facharzt- und Krankenhausberichte beifügen.

Die Rückgabe erfolgt schnellstens.

beigefügt  nicht beigefügt

**Erklärung und  
Unterschrift  
der untersuch-  
ten Person**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat**.

Ort und Datum der Untersuchung

Unterschrift der untersuchten Person

# Untersuchungsbefund

## Allgemeine Angaben

Größe in cm

Gewicht in kg

Bauchumfang in cm (in Nabelhöhe)

## Herzauskultation und Blutdruckmessung

### Auskultation der Herzgeräusche: Pathologische Herzgeräusche?

Ja  Nein

Falls ja, bitte kurze Beschreibung:

### Blutdruck und Pulsfrequenz

Werden die Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen?  Ja  Nein

Ggf. welche?

Seit wann?

Dosierung?

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

Pulsschläge je Minute

Davon Extraschläge je Min.

Blutdruck in mm Hg/systol.

Blutdruck in mm Hg/diastol.

1. Messung

Ggf. 2. Messung

## Auffällige Beobachtungen an der untersuchten Person

- **Auffälligkeiten der Sprache oder des Gedächtnisses**  
(z. B. Heiserkeit ohne Infekt, verwischene Sprache, Wortfindungsstörungen, Merkstörungen)?  Ja  Nein
- **Auffälligkeiten der Sinnesorgane**  
(z. B. Schwerhörigkeit, Schielen, schlechtes Sehvermögen, asymmetrische Pupillen, Exophthalmus)?  Ja  Nein
- **Auffälligkeiten der Mimik, Haltung und Bewegung**  
(z. B. Lähmungen, Zittern, Gangauflägkeiten, Gehhilfe, Deformierung der Wirbelsäule, fehlende Gliedmaßen(-teile))?  Ja  Nein
- **Auffälligkeiten des Verhaltens?**  
(z. B. Tics, unangemessene Reaktionen, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit)  Ja  Nein
- **Sonstige Auffälligkeiten?**  
(z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Hauterkrankung, sichtbare Verletzungen, Verbände oder Einstichstellen)  Ja  Nein

## Medizinische Diagnosen, Behandlungen und Beschwerden

Gab es in den letzten drei Jahren Erkrankungen oder Beschwerden, aufgrund derer eine ärztliche, heilpraktische oder therapeutische Behandlung oder Beratung erforderlich war, oder bei denen eine Abklärung geplant ist?

Falls ja, wann? Wie oft? Wie lange? Beschwerdefrei? Bitte behandelnde Ärzte (Name/Anschrift) angeben.

- **Erkrankungen des Bewegungsapparates**  
(z. B. Rückenschmerzen, Gelenkschäden, Unfallfolgen)?  Ja  Nein

- **Psychische Erkrankungen oder Störungen der Psyche**  
(z. B. Burn-out, Depressionen, Angststörungen, berufliche und/oder private Belastungssituationen)?  Ja  Nein

- **Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems**  
(z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Thrombosen)?  Ja  Nein

- **Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems**  
(z. B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen)?  Ja  Nein

- **Erkrankungen des Stoffwechsels**  
(z. B. Diabetes, erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridwerte, Schilddrüsenerkrankungen)?  Ja  Nein

• **Erkrankungen der Verdauungsorgane**  
(z. B. Lebervergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?  Ja  Nein

• **Erkrankungen der Nieren**  
(z. B. Niereninsuffizienz, Zystennieren, Lupus erythematoses)?  Ja  Nein

• **Tumorerkrankungen**  
(z. B. Krebs, Leukämie, nicht sicher gutartige Hautbefunde)?  Ja  Nein

• **Neurologische Erkrankungen**  
(z. B. Schlaganfall, Epilepsie, Migräne)?  Ja  Nein

• **Allergien, Haut- oder Atemwegserkrankungen**  
(z. B. Asthma bronchiale, Ekzem, Schlafapnoe)?  Ja  Nein

• **Infektionen**  
(z. B. Hepatitis, HIV)?  Ja  Nein

• **Beeinträchtigungen der Sinnesorgane**  
(z. B. dauerhafte Hörminderung, Tinnitus, Fehlsichtigkeit von mehr als  
- 8 Dioptrien)?  Ja  Nein

ggf. Dioptrien

Rechts

Links

Harn- und Geschlechtsorgane	Urinstix	pH	Leukos	Nitrit	Protein	Glukose	Keton	Urobilinogen	Bilirubin	Erythrozyten
	Anmerkungen									

Blutuntersuchungen	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	mm n. W. vom
Bitte führen Sie folgende Blutuntersuchungen durch und reichen Sie uns die Laborausdrucke mit ein:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Blutbild einschließlich Differentialblutbild</b></li> <li>• Serumwerte <b>CRP, Blutzucker</b> (nüchtern), <b>Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Kreatinin, GOT (ASAT), GPT (ALAT), Gamma GT, AP, NT-proBNP</b></li> <li>• Ferner einen <b>HIV-Test</b>.</li> </ul>		

Kostenrechnung	Für die Untersuchung, Laboruntersuchung vergütet die Gothaer <b>180 EUR</b> (inklusive gesetzliche Umsatzsteuer). Bei fehlenden Einzelleistungen wird der Betrag entsprechend reduziert. Das <b>Honorar ist zu überweisen</b> an folgende <b>Bankverbindung</b> :		
IBAN		/	BIC
Kontoinhaber			
Geldinstitut (Name und Ort)			

Abschluss-erklärung, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	Die untersuchte Person wurde über die Ergebnisse der Untersuchung unterrichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Die Gothaer Lebensversicherung AG darf die Ergebnisse an die untersuchte Person weiterleiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort und Datum der Untersuchung	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes