

Dieses ist KEIN ANTRAG, sondern dient nur der Erfassung der Risikovorabfragen für eine ANONYME PRÜFUNG

Daher bitte keine Unterschriften, keine persönlichen Angaben wie Name, Anschrift oder dergleichen eintragen.

Speichern Sie die Datei gern unter dem Namen der Anfangsbuchstaben und des Geburtsdatums. Bei Max Muster, geb. 1.5.1990 sähe der Dateiname dann wie folgt aus:

Rivo_M_M_01-05-1990

Danach senden Sie diese gern per Mail an sh@online-pkv.de oder laden diese im Uploadportal hoch.

<https://www.online-pkv.de/kontakt/>

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VT)

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Zur Erleichterung der Beantwortung der Fragen haben wir in Klammern Erläuterungen aufgeführt, die nicht abschließend sind. Die Alte Leipziger kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung). Zur Qualitätssicherung kann die Alte Leipziger stichprobenartig Hausarztberichte anfordern. In diesem Fall werden wir gesondert auf Sie zukommen und um Entbindung von der Schweigepflicht bitten.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzureichen.

A. Besondere Gefahren und Versicherungs-/Leistungsanträge bei anderen Unternehmen

- | | |
|--|---|
| 1. Sind Sie in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Wasser-/Tauchsport, Kampfsport, Berg-/Klettersport, Pferdesport, Radsport, Fun-/Extremsport, Leistungs-/Profisport)?
Bitte ggf. entsprechenden Fragebogen beifügen.
Welchen?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union (nicht anzugeben sind Aufenthalte in Island, Liechtenstein, Norwegen, Großbritannien und der Schweiz)?
Wo, wie lange?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/minderungs- bzw. Grundfähigkeitsversicherungen (auch Anwartschaften aus einem Versorgungswerk) oder sind solche beantragt?
Art der Versicherung, Unternehmen, Höhe?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

4. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsminderung, Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Behinderung von einem privaten Versicherungsunternehmen, einem berufsständischen Versorgungswerk oder einem gesetzlichen Versorgungsträger gewährt oder dort beantragt? Welche, Leistungsgrund, von/bei wem, wann, wie lange?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

Zusätzliche Frage bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 18.000 EUR

5. Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen bzw. Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren (Erläuterungen siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.7.)?

Bitte letzten Nachweis bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 30.000 EUR beifügen.

Jahr 20 EUR Jahr 20 EUR Jahr 20 EUR

☐ Berufsanfänger/Wiedereinsteiger:

aktuelles monatliches Bruttoeinkommen EUR Anzahl der Gehälter pro Jahr

B. Erklärungen zum Gesundheitszustand

Geben Sie bitte Einzelheiten zu den Fragen 1. bis 10., die Sie mit „ja“ beantworten, auf dem Zusatzblatt an. (Erläuterungen zur Angabe von evtl. durchgeführten genetischen Untersuchungen siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.8.)

Zeitlich befristete Fragen

1. Sind Sie in den letzten 3 Jahren wegen Krankheiten oder Beschwerden von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden, oder bestehen oder bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Krankheiten oder Beschwerden ohne einen Arzt, Psychologen, Heilpraktiker, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen, hinsichtlich	
1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.3 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.4 der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 6-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.6.1 der Augen? linkes Auge <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit Dioptrien <input type="text"/> rechtes Auge <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit Dioptrien <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.10 der Haut (auch Allergie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.12 des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.13 Infektionskrankheiten (länger als 3 Wochen oder mehr als 3-mal im Jahr)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.14 gutartige Tumore?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten der Psyche (auch Angststörung, Essstörung, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Selbsttötungsversuch)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen (auch Cannabis) zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Sind Sie in den letzten 3 Jahren von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten über die bereits gemachten Angaben hinaus untersucht, beraten oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren <u>stationär</u> untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Untersuchung/Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zeitlich unbefristete Fragen	
9.1 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.2 Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand	
10.1 Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (auch angeborene Erkrankungen oder Behinderungen, Fehlbildungen, Blindheit, Gehörlosigkeit, Verluste oder Schäden an Körpergliedern oder Organen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Bandscheibenschädigungen, Bewegungseinschränkungen durch z.B. Arthrose)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10.2 Wurde ein Grad der Behinderung [GdB], eine Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], ein Grad der Schädigungsfolgen [GdS], eine Wehrdienstbeschädigung [WDB], eine Pflegestufe oder ein Pflegegrad anerkannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg	
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> keiner
Zusätzliche Frage zum Raucherstatus	
13. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aktiv Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht (gemeint ist sowohl das Konsumieren von Tabak unter Feuer als auch von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen)? Bei Abschluss einer Risiko(-Zusatz)versicherung oder einer Todesfallsumme innerhalb der FR10 Erklärungen und Hinweise Ziffer II.9. beachten.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hinweis zum Datenschutz und zur Schweigepflichtentbindung bei Abschluss einer Versicherung ohne Risikoprüfung

Die nachfolgenden Texte gelten sinngemäß auch bei Abschluss einer Versicherung ohne Risikoprüfung. In diesem Fall bezieht sich die Einwilligung stets auf die nach § 203 StGB geschützten Daten. Die lediglich auf die Gesundheitsdaten bezogenen Texte (Ziffern 1., 2., 3.1. und 4.) gelten nicht.

Die Erklärung ist in jedem Fall zu unterschreiben.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherer. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag (mit „Antrag“ ist hier und im folgenden Text auch die Angebotsanforderung gemeint) und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Alte Leipziger daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die Alte Leipziger Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Alte Leipziger Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder sie jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse 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.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Alte Leipziger selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Alte Leipziger (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Alte Leipziger

Ich willige ein, dass die Alte Leipziger 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 die Alte Leipziger die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Arztberichte, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Alte Leipziger benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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:

Zusatzblatt zum Antrag

Versicherter

Geburtsdatum

Frage-Nr. (unbedingt angeben)		Einzelheiten zu den Fragen, die mit „ja“ beantwortet sind
Fragen zum Gesundheitszustand des Versicherten (VT) im Block B		
Frage-Nr. <div></div>	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	
Frage-Nr. <div></div>	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	
Frage-Nr. <div></div>	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	

Zusatzblatt zum Antrag

Versicherter

Geburtsdatum

Frage-Nr. (unbedingt angeben)		Einzelheiten zu den Fragen, die mit „ja“ beantwortet sind
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	