

Dieses ist KEIN ANTRAG, sondern dient nur der Erfassung der Risikovoranfragen 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?

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?

3. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/minderungs- bzw. Grundfähigkeitsversicherungen (auch Anwartschaften aus einem Versorgungswerk) oder sind solche beantragt?
Art der Versicherung, Unternehmen, Höhe?

nein ja

nein ja

nein 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?
-
-
-

nein ja

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:

aktueller 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)? nein 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])? nein ja

1.3 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)? nein 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])? nein ja

1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)? nein ja

1.6.1 der Augen?
linkes Auge Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Dioptrien _____
rechtes Auge Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Dioptrien _____

1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)? nein ja

1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? nein ja

1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)? nein ja

1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskusschäden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)? nein ja

1.10 der Haut (auch Allergie)? nein ja

1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)? nein 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)? nein ja

1.13 Infektionskrankheiten (länger als 3 Wochen oder mehr als 3-mal im Jahr)? nein ja

1.14 gutartige Tumore? nein 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, Selbstdötungsversuch)? nein 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)? nein ja

4. Haben Sie **in den letzten 5 Jahren** Drogen (auch Cannabis) zu sich genommen? nein 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)? nein ja

6. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein 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? nein ja

8. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** stationär 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? nein ja

Zeitlich unbefristete Fragen

- 9.1 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? nein ja
- 9.2 Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)? nein 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 Körperteilen oder Organen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Bandscheibenschädigungen, Bewegungseinschränkungen durch z.B. Arthrose)? nein 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? nein ja

11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?

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. nein 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 Datenschutzzvorschriften 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, Arzberichte, 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.	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)

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)