

GESUNDHEITSPRÜFUNG

# NOVIS Nachhaltigkeitspolice

powered by



Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name des Beraters \_\_\_\_\_

Berater-Nr. \_\_\_\_\_

**WICHTIGER HINWEIS ZUR ANZEIGEPFLICHT**

Die Ihnen im Rahmen dieses Antrags in Textform gestellten Fragen zu den gesundheitlichen Verhältnissen und weiteren gefahrerheblichen Umständen (inkl. der nachfolgenden Erklärungen der zu versichernden Person) sind Grundlage für die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach §§ 19-22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gesetzlich verpflichtet sind, alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Bei Verletzung dieser Pflicht müssen Sie mit Nachteilen mit Blick auf Ihren Versicherungsschutz rechnen. Je nach Schwere Ihres Verschuldens bei einer Anzeigepflichtverletzung sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen oder den Vertrag – auch rückwirkend – anzupassen.

Bitte beachten Sie, dass ein Rücktritt infolge grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung zur Leistungsfreiheit im Schadenfall, auch für bereits eingetretene und abgewickelte Versicherungsfälle führen kann. Infolge einer schuldlosen oder leicht fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung können wir den Vertrag mit Ihnen mit Wirkung für die Zukunft kündigen, so dass für die Zukunft kein Versicherungsschutz mehr besteht.

Hätten wir den Vertrag jedoch mit Ihnen auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzen Sie ihre Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig, so können wir den Vertrag rückwirkend entsprechend anpassen (z.B. durch Einfügung eines Risikoausschlusses oder Risikozuschlages). Bitte berücksichtigen Sie, dass dies auch dazu führen kann, dass in einem bereits eingetretenen oder künftigen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz unter diesem Vertrag bestehen kann.

Hätten wir den Vertrag mit Ihnen auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nicht schuldhaft, so können wir den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode entsprechend anpassen.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig, können wir den Vertrag anfechten. Auch in diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig, können wir den Vertrag anfechten. Auch in diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

**GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER/DIE VERSICHERTE PERSON**

Derzeitige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Sind Sie Mutter oder Vater?  Ja  Nein

Größe und Gewicht    cm    kg Sind Sie Raucher?  Ja  Nein (ich habe die letzten 12 Monate nicht geraucht) Anzahl Zigaretten / Zigarren pro Tag

Ich betreibe folgende Sportarten: Freizeitsport: \_\_\_\_\_

Semi-Profisport: \_\_\_\_\_

Profisport: \_\_\_\_\_

- |   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Bestehen bereits bei anderen Gesellschaften Lebens-, Unfall- oder (private) Kranken (zusatz) versicherungen oder wurden solche gleichzeitig beantragt?<br>Falls ja, nennen Sie bitte Gesellschaft, Art und Höhe der Versicherung sowie das Datum der Antragstellung.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, Unfall- oder (private) Kranken(zusatz)versicherung von anderen Gesellschaften abgelehnt, zurückgestellt oder nur mit Erschwerung (z. B. Beitragszuschlag, Staffelung oder einschränkender Klausel) angenommen?<br>Falls ja, nennen Sie bitte die Gesellschaft, das Datum der Antragstellung sowie die Art der Erschwerung.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Sind Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit gefährlichen oder entflammenden Substanzen, längerer Aufenthalt von mehr als 6 Monaten in Ländern außerhalb Europas, Ausübung von gefährlichen Sportarten wie Motor-, Segel- oder Drachenflug, Fallschirmspringen, Tauchen, Bergsport, Kampfsport, Motorsport oder Teilnahme an Rennveranstaltungen) oder üben Sie andere Sportarten regelmäßig aus oder nehmen Sie an Wettbewerben teil?<br>Falls ja, führen Sie bitte nähere Details dazu an (Wenn notwendig werden zusätzliche Fragebögen bereitgestellt). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?<br>Falls ja, wann und aus welchem Grund?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Bestehen chronische Erkrankungen oder körperliche/geistige Beeinträchtigungen (z. B. angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen, Infektionen oder Unfällen, Amputationen)?<br>Falls ja, bitten wir um nähere Angaben.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Nehmen Sie zurzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum (mehr als 2 Wochen) Medikamente, Schlaf- oder Beruhigungsmittel?<br>Falls ja, welche, in welcher Menge und in welchem Zeitraum?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Haben in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Rausch- (z. B. Alkohol), Betäubungsmitteln, Drogen oder Spielsucht stattgefunden?<br>Falls ja, weswegen und in welchem Zeitraum?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Beziehen oder bezogen Sie in der Vergangenheit eine Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder Unfall oder wurde eine solche beantragt?<br>Falls ja, bitte machen Sie weitere Angaben (z. B. Grund und Grad der Erwerbsminderung)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Waren Sie in den letzten 5 Jahren für einen Zeitraum von mehr als 21 Tagen zusammenhängend arbeitsunfähig oder besteht derzeit Arbeitsunfähigkeit?<br>Falls ja, führen Sie bitte den Zeitpunkt, die Dauer sowie den Grund an.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Bestehen oder bestanden in der Vergangenheit Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Beschwerden: Krebs, Tumore oder Geschwülsten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| <b>11. Die nachstehend in Klammern aufgeführten Erkrankungen oder Funktionsstörungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sind nur Beispiele für mögliche Erkrankungen bezogen auf das jeweilige Organ!</b><br>Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Beschwerden:  |                       |                       |
| a) des <b>Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems</b> (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappenanomalien, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Angina Pectoris, Krampfadern, Thrombose)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) des <b>Nervensystems</b> oder der <b>Psyche</b> (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Anfälle, Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmung, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, seelische Störungen, Suizidversuche, Angststörungen, Depressionen, Psychosen, Essstörungen)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) des <b>Blutes, des Lymphsystems</b> oder der <b>Milz</b> (z. B. Anämie, Blutgerinnungsstörung, Hämophilie, Leukämie, Blutbildveränderungen)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) der <b>Atmungsorgane</b> (z. B. Atemnot, Embolie, Asthma, Tuberkulose, Heuschnupfen, chronische Bronchitis)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) der <b>Augen</b> oder <b>Ohren</b> (z. B. Sehstörungen, Sehbehinderung, grauer Star, Blindheit, Tinnitus, Gehörstörungen, Taubheit)? Bei Fehlsichtigkeit bitte Dioptrien links/rechts angeben.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) des <b>Stütz- und Bewegungsapparates</b> (z. B. Funktionsstörungen der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke, der Muskeln, Sehnen, Gelenke und/oder Bänder, Beinverkürzung, Fehlen von Gliedmaßen, sowie Knochenkrankheiten, welche die normale Bewegung beeinträchtigen und den permanenten Gebrauch orthopädischer Hilfsmittel erfordern (z. B. Rollstuhl, Krücken, Orthese, Wirbel-Fixateur, etc.)?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) des <b>Magen-Darm-Traktes</b> : der <b>Speiseröhre</b> (z. B. Refluxkrankheit), des <b>Magens</b> (z. B. Magengeschwüre, chronische Gastritis), des <b>Darms</b> (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zwölffingerdarmgeschwüre)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) der <b>Nieren</b> (z. B. Nierenzysten, -steine), der <b>Harn- und Geschlechtsorgane</b> (bei Frauen - z. B. Kaiserschnitt, Risikoschwangerschaft, Abort, künstliche Befruchtung), der <b>Prostata</b> ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) der <b>Leber, Drüsen</b> oder des <b>Stoffwechsels</b> (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin, erhöhte Leberwerte, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen oder andere Erkrankungen der innersekretorischen Drüsen) oder <b>rheumatische Erkrankungen</b> ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) des <b>Immunsystems</b> oder chronische <b>Infektions- oder Viruserkrankungen</b> (z. B. angeborener Immundefekt, Hepatitis, Tropenkrankheit, Fieberschübe unklarer Ursache)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) der <b>Haut</b> (z. B. Ekzem, Juckreiz, Neurodermitis, Rötung, Allergien)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>12.</b> Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit bei speziellen Untersuchungen nicht normale Ergebnisse festgestellt (z. B. EKG, EEG, Röntgen, Blutdruckmessung, Labor)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>13.</b> Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Ausführliche Angaben zu den Gesundheitsfragen, die mit JA beantwortet wurden:** Bitte führen Sie die Nummer der Frage, die Behandlungsweisen, Behandlungsbeginn und -ende oder noch in Behandlung, beschwerdefrei, die genaue Beschreibung der Erkrankung und deren Verlauf sowie die Anschrift des behandelnden Arztes an. Für weitere Angaben nutzen Sie bitte Zusatzblätter (vermerken Sie auf Seite 3 wie viele) und legen Sie diese dem Antrag bei.

Frage Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerde, Veränderung	Wann? Wie lange?	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Daten in diesem Gesundheitsprüfung für Versicherungsvertrag/Zusatzantrag mit der oben genannten Nummer wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort und Datum	Unterschrift Antragsteller, bzw. Erziehungsberechtigter	Unterschrift Versicherte Person, bzw. Erziehungsberechtigter
---------------	--	---

# Ausfüllhilfe für dieses Dokument

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bitte lesen Sie vor Ausfüllen der Gesundheitsprüfung folgende häufig gestellte Fragen und Antworten durch. Wir benötigen von Ihnen detaillierte Angaben und bitten Sie diese mit bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Diese Fragen stellen wir Ihnen, um Ihnen den passenden Versicherungsschutz bieten zu können und um Missverständnissen beim Nachforderungsmanagement vorzubeugen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Unvollständige Gesundheitsprüfungen können wir nicht bearbeiten.

## Ihre berufliche Tätigkeit - Wieso fragen wir das?

Eine genaue Beschreibung Ihrer beruflichen Tätigkeit ist wichtig, da bestimmte Arbeitsbereiche gefährlich sind oder Gefahrenpotenzial besitzen. Einige Tätigkeiten mit erhöhtem Risiko sind beispielsweise:

- Kraftfahrer: Wir benötigen Angaben über Fahrzeugtyp und welche Ladung Sie transportieren (z.B. entflammbar oder schädlich) und wie groß diese ist. Fahren Sie einen Schwerlasttransporter?
- Berg- oder Gerüstbauer: Bitte geben Sie an, ob Sie Untertage oder hoch oben auf dem Gerüst arbeiten. Bestimmte Tiefen/Höhen haben ein erhöhtes Unfallrisiko. Daher bitten wir Sie anzugeben, wie Ihr Tagesgeschäft gestaltet ist.
- Bauarbeiter: Bitte machen Sie Angaben über Ihr Tätigkeitsfeld und die Maschinen, die Sie bedienen.

## Wir fragen nach Ihren sportlichen Aktivitäten - welche Angaben benötigen wir?

Welchen Sport treiben Sie und wie oft?

Wir bieten Ihnen drei Kategorien an, um Ihre sportlichen Aktivitäten anzugeben. Sie entscheiden in welcher Kategorie Sie sind.

Freizeitsport: Sportliche Aktivitäten, die Sie als Hobby betreiben, um sich besser zu fühlen oder Ihre Gesundheit zu stärken. Welchen Sport betreiben Sie und wie oft?

Semi-Profisport: Sie sind Mitglied eines Sportvereins, nehmen an Wettkämpfen teil und erhalten Geld dafür. Allerdings ist es nicht Ihre hauptberufliche Tätigkeit.

Welchen Sport betrieben Sie und wie oft?

Profisport: Sie sind Mitglied in einem Sportverein, nehmen an Wettkämpfen teil und erhalten dafür Geld. Außerdem ist es Ihre hauptberufliche Tätigkeit. Welchen Sport betreiben Sie und wie oft?

Gefährliche Sportarten:

In den Gesundheitsfragen gibt es eine Frage zu gefährlichen Sportarten. Hier benötigen wir Informationen, ob Sie folgende Sportarten als Hobby oder vereinzelt betreiben:

Fallschirmspringen, Paragliding, privates Motorflugzeug, Gleitflugzeug, Tauchen, Bergsport, Kampfkünste, Motorsport, Rafting, Höhlentauchen, Surfen, Eisklettern, Gletscherwandern.

## Gesundheitsfragen:

Frage 11 hat mehrere Unterfragen, die Sie alle beantworten müssen. Wenn Sie bei diesen Fragen mit "Ja" antworten, benötigen wir von Ihnen genaue Angaben über die Krankheit, wie lange diese andauert hat und einen Arztbericht.

## Ich bin schwanger - was muss ich mitteilen?

Wir benötigen von Ihnen nur Details zu Ihrer Schwangerschaft, falls bei Ihnen Risiko- oder ektopische Schwangerschaft diagnostiziert wurde. Sollten Sie gesund sein, benötigen wir keine Details zu Ihrer Schwangerschaft.