

GESUNDHEITSPRÜFUNG

NOVIS Flexible Insurance

powered by



Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Name des Versicherungsvermittlers _____

Versicherungsvermittler 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 NOVIS zu übernehmenden Versicherungsrisikos. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in geschriebener Form stellen.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach §§ 16 ff. Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) gesetzlich verpflichtet sind, alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, kann NOVIS vom Vertrag zurücktreten. NOVIS kann den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

NOVIS kann nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn NOVIS von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatte oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Die Kenntnis eines Maklers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich.

Bei arglistiger Täuschung kann NOVIS den Vertrag anfechten. Wenn NOVIS den Vertrag anfechtet oder vom Vertrag zurücktritt, leistet der Versicherer den Rückkaufswert.

Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass NOVIS in diesen Fällen auch im Versicherungsfall nur den Rückkaufswert leistet.

GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER/DIE VERSICHERTE PERSON

Bei Vertragsabschluss oder einer Vertragsänderung darf NOVIS meine gesundheitsbezogenen Daten von Dritten abfragen.

Ich stimme zu, dass die NOVIS Versicherungs-AG, Eblinggasse 7/5, 1010 Wien (in Folge NOVIS) meine personenbezogenen Gesundheitsdaten in Hinblick auf den Vertragsabschluss oder eine Vertragsänderung verarbeitet und sich dazu gegebenenfalls bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten und auch bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern informiert.

NOVIS beurteilt anhand der Gesundheitsdaten ob und zu welchen Bedingungen der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird.

Mit meiner Einwilligung kann Novis folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Informationen zu Erkrankungen, Auffälligkeiten und Beschwerden sowie Krankenhaus- oder Kuraufenthalten in den letzten fünf Jahren.
- Informationen zu chronischen Erkrankungen oder körperlichen/geistigen Beeinträchtigungen.
- Bestehen von Versicherungsverhältnissen (Lebens-, Unfall- oder privaten Zusatzkrankenversicherungen) bei anderen Gesellschaften.

- Ablehnung, Zurückstellung oder erschwerte Annahme von Versicherungsverhältnissen (Lebens-, Unfall- oder privaten Zusatzkrankenversicherungen) bei anderen Gesellschaften in den letzten fünf Jahren.
- Regelmäßige oder für mehr als zwei durchgehende Wochen Einnahme von Medikamenten innerhalb der letzten fünf Jahre.
- Behandlungen oder Suchtberatungen im Zusammenhang mit Rausch- oder Betäubungsmitteln oder Spielsucht in den letzten fünf Jahren.
- Inanspruchnahme von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension oder andere Gründe der gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit für mindestens 21 Tage.

Ich entbinde mit meiner Einwilligung die hier Befragten von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit.

Mir ist auch bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ja, ich stimme zu Nein, ich stimme nicht zu

Unterschrift versicherte Person _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit

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

Sind Sie Mutter oder Vater? Ja Nein

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? 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? 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 Risiken ausgesetzt (z. B. Umgang mit gefährlichen oder entflammenden Substanzen, Ausübung von gefährlichen Sportarten wie Fallschirmspringen, Paragleiten, Fliegen eines privaten Motorflugzeugs oder Motorseglers („Glider“), Tauchen, Bergsport, Kampfsport, Motorsport, etc)? Üben Sie andere Sportarten regelmäßig aus? Beabsichtigen Sie einen mehr als sechs Monate dauernden Aufenthalt in einem Land außerhalb Europas? 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? 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)? 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? Falls ja, welche, in welcher Menge und in welchem Zeitraum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 7. Haben in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Rausch- (z. B. Alkohol), Betäubungsmittel, Drogen oder Spielsucht stattgefunden?
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?
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?
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 Geschwülste? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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!
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Beschwerden: | | |
| a) des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappenanomalien, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Angina Pectoris, Krampfadern, Thrombose)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) des Nervensystems oder der Psyche (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 Blutes , des Lymphsystems oder der Milz (z. B. Anämie, Blutgerinnungsstörung, Hämophilie, Leukämie, Blutbildveränderungen)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) der Atmungsorgane (z. B. Atemnot, Embolie, Asthma, Tuberkulose, Heuschnupfen, chronische Bronchitis)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) der Augen oder Ohren (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 Stütz- und Bewegungsapparates (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 Magen-Darm-Traktes : der Speiseröhre (z. B. Refluxkrankheit), des Magens (z. B. Magengeschwüre, chronische Gastritis), des Darms (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zwölffingerdarmgeschwüre)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) der Nieren (z. B. Nierenzysten, -steine), der Harn- und Geschlechtsorgane (bei Frauen - z. B. Kaiserschnitt, Risikoschwangerschaft, Abort, künstliche Befruchtung), der Prostata ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) der Leber, Drüsen oder des Stoffwechsels (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin, erhöhte Leberwerte, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen oder andere Erkrankungen der innersekretorischen Drüsen) oder rheumatische Erkrankungen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) des Immunsystems oder chronische Infektions- oder Viruserkrankungen (z. B. angeborener Immundefekt, Hepatitis, Tropenkrankheit, Fieberschübe unklarer Ursache)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) der Haut (z. B. Ekzem, Juckreiz, Neurodermitis, Rötung, Allergien)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit bei speziellen Untersuchungen auffällige Ergebnisse festgestellt (z. B. EKG, EEG, Röntgen, Blutdruckmessung, Labor)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 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	Behandlungsweise inkl. Beginn, Ende, Dauer	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Daten in dieser Gesundheitsprüfung für den 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 unter Tage 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 betreiben 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 Teil Ihrer regelmäßigen körperlichen Aktivitäten oder als Hobby betreiben: Fallschirmspringen, Paragleiten, Fliegen eines privaten Motorflugzeugs oder Motorseglers („Glider“), Tauchen, Bergsport, Kampfsport, Motorsport, Rafting, Höhlentauchen, Surfen, Eisklettern, Gletscherwandern, etc.

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 angedauert hat und einen Arztbericht.

Ich bin schwanger - was muss ich mitteilen?

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