

Versicherungsnehmer	Versicherungssumme
---------------------	--------------------

4020 Linz, Gruberstraße 32, Telefon 057891-0, Telefax 057891-91-566
Gesellschaftsform: Aktiengesellschaft. **Firmensitz:** Linz. **Firmenbuch:** FN 36941a, LG Linz. **DVR:** 0029629.
Zuständige Aufsichtsbehörde: FMA-Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, Tel. 01.24959-0.



Polizzenummer

Antragsfragen an die versicherte Person zum Lebensversicherungsantrag

Familiennamen, Vorname, Titel, frühere Familiennamen		Geburtsdatum	
Derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche bzw. Studienrichtung		Berufsstatus	
		<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Schüler/Student <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/>	

Gesundheitsfragen:

Bei Platzmangel bitte Zusatzblatt verwenden!

1. a) Ihre Körpergröße?		cm	
b) Ihr Körpergewicht?		kg	
2. a) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Nikotin in irgendeiner Form konsumiert (z.B. Zigaretten, Zigarren, Pfeife, E-Zigaretten, Nikotinkaugummi, Schnupf- oder Kautabak, ...) oder beabsichtigen Sie das in Zukunft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Art? Wie viel täglich?	
b) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Art? Wie viel täglich?	
3. a) Welcher Arzt (Hausarzt) ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten orientiert?		Name, Adresse	
b) Wurden Sie in den letzten 10 Jahren von anderen Ärzten untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Name, Adresse Weshalb? Fachgebiet?	
c) Erfolgt in den letzten 10 Jahren Krankenhaus- oder Kuraufenthalte, oder wurden Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Wo? Weshalb?	
d) Sind Aufenthalte oder Operationen in den nächsten 12 Monaten vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Wo? Weshalb?	
4. a) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente bzw. wurden welche verordnet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Weshalb? Wann?	
b) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Suchtgifte bzw. erfolgte wegen Alkohol- oder Drogengebrauch in den letzten 10 Jahren eine ärztliche Untersuchung, Beratung oder Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart?	
5. a) Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen, verursacht z.B. durch Krankheit, Unfall, angeborene Behinderung, Folge von Operationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann?	
b) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Wann?	
6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt wegen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden			
a) des Herzens, der Kreislauforgane oder Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Herzfehler, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombosen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?	
b) der Atmungsorgane (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?	
c) der Verdauungsorgane, wie Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse (z.B. Magen-/ Darmgeschwüre, oder -blutungen, erhöhte Leberwerte, Darmentzündungen, Pankreatitis)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?	
d) der Nieren, Harn- oder Geschlechtsorgane (z.B. Nierenfunktionsstörung, Zystenniere, Eiweißausscheidung, Blut im Harn)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?	
e) der Psyche (z.B. Depressionen, Psychosen, Neurosen, Bulimie, Erschöpfungssyndrom, Selbstmordversuch) oder der Nerven, des Gehirns oder Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?	
f) des Blutes, des Lymphsystems (z.B. Leukämie, Anämie, Blutgerinnungsstörung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?	

g) des Stoffwechsel- oder Hormonsystems (z.B. Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Zucker, Schilddrüsenerkrankung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?
h) Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B, C, Borreliose, Malaria)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?
i) gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Geschwüre, Melanom)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?
j) der Augen, der Ohren (z.B. Kurzsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Grüner oder Grauer Star, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?
k) der Haut oder wegen Allergien (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, berufsbedingte Allergien)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?
l) der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bandscheiben, Sehnen (z.B. Rheuma, Arthritis, Ischias, Kreuzbandriss, Bandscheibenvorfall, Fibromyalgie, Bewegungseinschränkungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wann? Behandelnder Arzt? Behandlungsart? Derzeit. Beschwerden?

Sonderisiko:

Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt

1. a) bei Sport- oder Freizeitaktivitäten (z.B. Flugsport, Motorsport, Bergsport, Tauchen, Wassersport, Pferdesport, Radsport)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welche? Wo? Seit wann? Wie oft? In welchem Umfang? Wettkampfmäßige Ausübung?
b) im Beruf (z.B. Umgang mit Sprengstoffen, radioaktiven Stoffen, Unterwasserarbeiten, Einsätze in Krisengebieten oder außereuropäischen Ländern, Berufsflug, Wach- und Sicherheitsberuf)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Welchen?
2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Wochen außerhalb der europäischen Union?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Land? Dauer?

Allgemeine Fragen:

1. Haben Sie in den letzten 10 Jahren bei anderen Versicherungsgesellschaften oder Lebens-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Versicherungen für schwere Erkrankungen beantragt oder abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Versicherungsgesellschaft? Art der Versicherung? Versicherungssumme?
2. Wurden in den letzten 10 Jahren andere Lebens-, Pflegerenten- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen, Versicherungen für schwere Erkrankungen zu erschwerten Bedingungen angenommen oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Versicherungsgesellschaft? Art der Versicherung? Versicherungssumme? Art der Erschwerung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher den folgenden Hinweis:

Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Eine schuldhaft unrichtige oder unvollständige Beantwortung von Fragen berechtigt den Versicherer zum Rücktritt und führt zur Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 16 bis 21 VersVG. Davon unberührt bleibt das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrenumstände anzufechten (§ 22 VersVG).

Für die **Richtigkeit der Angaben** erklären sich der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen auch dann voll verantwortlich, wenn sie nicht von ihnen, sondern von einer anderen Person niedergeschrieben bzw. elektronisch erfasst wurden.

Die zu versichernde Person verpflichtet sich, den Versicherer unverzüglich zu verständigen, wenn sich der Gesundheitszustand bis zur Übernahme der Police verändert, insbesondere wenn eine ärztliche Behandlung vorgesehen ist oder ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wird.

Die zu versichernde Person stimmt dem Antrag auf Abschluss einer Lebensversicherung zu.

Ort, Datum _____

Unterschrift der versicherten Person _____

Damit wir Ihnen rasch den gewünschten Versicherungsschutz gewähren können, ersuchen wir Sie, den **Fragebogen vollständig auszufüllen und gegebenenfalls Zusatzfragebögen bzw. Befundkopien beizulegen.**

Für den Fall einer Rückfrage ersuchen wir Sie um Ihre Telefonnummer: _____

Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten des Antragstellers bzw. der Antragstellerin und der zu versichernden Personen, welche dem Versicherer bekannt sind, ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen entbinden die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang dieser Zustimmungserklärung.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ein Widerruf kann jedoch zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt, da eine Bearbeitung des Antrags ohne ausreichende Informationen nicht mehr möglich sein kann.

Die Zustimmung wird erteilt

ja nein

Besondere Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten im Versicherungsfall

Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten des Antragstellers bzw. der Antragstellerin und der zu versichernden Personen, welche dem Versicherer bekannt sind, über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG besteht für den Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller bzw. der Antragstellerin, vom Bezugsberechtigten oder von den zu versichernden Personen in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden!

Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (unternehmensintern versicherungsspartenübergreifend sowie unternehmensextern bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt. Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin und die zu versichernden Personen entbinden die bei Vertragsschluss und im Versicherungsfall befragten Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang dieser Zustimmungserklärung.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person