



➡ (B) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm Gewicht in kg

Abfragezeitraum 12 Monate:

2. a) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (z. B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apothekenpflichtige Medikamente (z. B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen, Schmerzpflaster) oder wurden Ihnen solche verordnet? ja nein
- b) Sind oder waren Sie in den letzten 12 Monaten mehr als drei Wochen zusammenhängend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen? ja nein

Abfragezeitraum 3 Jahre:

3. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren aus dem gleichen Grund mehr als 3 mal durch einen Arzt oder Therapeuten untersucht oder behandelt wegen: (Erkältungskrankheiten, Zahnbehandlungen, Schwangerschaften, Impfungen, unauffällige altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen müssen nicht angegeben werden.)
- a) Schmerzen und/oder Einschränkungen der Beweglichkeit? (z. B. Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke, Arme, Hände, Beine, Füße) ja nein
- b) Einschränkung der Sinne? (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken) ja nein
- c) Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit? (z. B. Erkrankungen des Herzens, der Lunge, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Sprachstörungen) ja nein
4. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren gutartige und/oder bösartige Neubildungen (Tumorerkrankungen)? (z. B. Leukämie, auffälliger/kontrollpflichtiger Befund) ja nein
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren chronische Erkrankungen, chronische Infektionen oder Verletzungsfolgen? (z. B. Zuckerkrankheit, Multiple Sklerose, chronische Nierenentzündung, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Rheuma, Hepatitis B/C, HIV-Infektion, Lähmung, Zustand nach Amputation, Epilepsie) ja nein

Abfragezeitraum 5 Jahre:

6. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung der medizinischen Versorgung beraten, behandelt oder untersucht? (Mandelentfernung, Blinddarmentfernung, Zahnbehandlungen, Schwangerschaften/Geburten, Schönheitsoperationen müssen nicht angegeben werden) ja nein
7. Erhalten/erhielten oder beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid zum Grad der Behinderung vor? ja nein
Wenn ja: Reichen Sie bitte den Rentenbescheid/Feststellungsbescheid mit Begründungsteil in Kopie ein.

Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt (B) mit „ja“ beantwortet haben

8. z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, Name und Menge der eingenommenen Medikamente, behandelnde Ärzte.

a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen?

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

Sofern der Zusatzbaustein „PsycheSchutz“ beantragt wird, beantworten Sie als zu versichernde Person bitte auch die folgende Gesundheitsfrage:

9. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren bei Ihnen Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit und/oder der Psyche (z. B. ADHS, Essstörung, psychosomatische Störung, Angststörung, Selbstmordversuch, Depression)? ja nein
- Wenn ja: Bitte beantworten Sie die Zusatzklärung „Psychische und neurologische Erkrankungen“ (BAL 8152).