

Fragebogen zur Gesundheit der versicherten Person(en)

für:

Pensionmaster Planner
Performancemaster Planner
Wealthmaster Classic

Dieses Formular ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich die Versicherungspolizze bezieht. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unseren Servicepartner in Österreich: Clerical Medical Österreich, Zweigniederlassung der Heidelberger Leben – Clerical Medical Management GmbH, Handelskai 94–96, A-1200 Wien. Sie können das Formular auch per Fax an die folgende Nummer senden: +43 1 205 1575 6001. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

Polizzennummer:

A. Angaben zum/zu den Versicherungsnehmer(n)

1. Versicherungsnehmer

Anrede Herr Frau Firma

Titel/Vorname(n)/Nachname/Firma

2. Versicherungsnehmer

Anrede Herr Frau Firma

Titel/Vorname(n)/Nachname/Firma

B. Angaben zu der/den versicherten Person(en)

1. Versicherte Person (falls nicht mit dem Antragsteller identisch)

Anrede Herr Frau

Titel/Vorname(n)/Nachname

Geburtsdatum

2. Versicherte Person (falls vorhanden)

Anrede Herr Frau

Titel/Vorname(n)/Nachname

Geburtsdatum

C. Fragen zur Versicherungsfähigkeit der zu versichernden Person(en)

Bitte beantworten Sie alle Fragen in den Abschnitten C und D einzeln, ausführlich und schriftlich. Sie müssen die Fragen vollständig und richtig beantworten. Unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz beeinflussen. Eine sorgfältige Beantwortung erspart zudem Rückfragen und beschleunigt damit die Annahmefeststellung. Ist der Platz für die Antworten hier zu knapp oder möchten Sie uns diese Angaben ohne Einbeziehung Ihres Versicherungsvermittlers einreichen? Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt mit weiteren Antworten – unterschrieben und datiert – beifügen oder uns unverzüglich schriftlich anzeigen, falls Sie hier keine Angaben machen möchten.

Zusatzblätter sind beigelegt.

1. Versicherte Person

Nein Ja

Welche(n)?

(Hinweis: Je nach Sondergefahr erhalten Sie von Ihrem Versicherungsvermittler evtl. einen entsprechenden Zusatzfragebogen.)

Nein Ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

2. Versicherte Person

Nein Ja

Welche(n)?

(Hinweis: Je nach Sondergefahr erhalten Sie von Ihrem Versicherungsvermittler evtl. einen entsprechenden Zusatzfragebogen.)

Nein Ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

1. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt, im Beruf (z. B. Absturz/Einsturz, durch fallende Gegenstände, Explosion, Strahlung, Gifte, Chemikalien) oder in der Freizeit (z. B. Wettfahrten, Flugsport, Drachen- und Gleitschirmfliegen, Hochseesegeln, Extrembergsteigen, Boxen, Mountainbike-Rennen)?

2. Planen Sie, sich innerhalb der nächsten 2 Jahre länger als 8 Wochen ohne Unterbrechung außerhalb der Länder der Europäischen Union, der USA, Kanadas, Norwegens oder der Schweiz aufzuhalten?

Fragebogen zur Gesundheit der versicherten Person(en)

1. Versicherte Person

3. Wurden in den letzten 12 Monaten für Ihre Person weitere Lebens- und/oder Berufsunfähigkeitsversicherungen abgeschlossen oder beantragt?

Nein Ja

Gesellschaft(en)?

Versicherungssumme(n)?

€

4. Wurden für Sie in den letzten 5 Jahren beantragte Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Kranken- oder Unfallversicherungen zu erschwerten Bedingungen angeboten, abgelehnt oder zurückgestellt?

Nein Ja

Wann? Warum? Gesellschaft?

Ablehnung Erschwernisangebot
 Zurückstellung Noch nicht entschieden

5. Ihre Körpermaße:

Größe: cm Gewicht: kg

6.a Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? (Wenn Sie in den letzten 12 Monaten nicht geraucht haben, erhalten Sie einen Nichtraucherarif.)

Nein Ja

Zigaretten Zigarillos
 Zigarren Pfeife

Anzahl pro Tag:

6.b Haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht?

Nein Ja

Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

7. War bei Ihnen jemals ein HIV-/AIDS-Test positiv?

Nein Ja

8. Name und Anschrift des Hausarztes oder des über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichteten Arztes:

Bitte möglichst genaue Angaben zu Name und Anschrift:

2. Versicherte Person

Nein Ja

Gesellschaft(en)?

Versicherungssumme(n)?

€

Nein Ja

Wann? Warum? Gesellschaft?

Ablehnung Erschwernisangebot
 Zurückstellung Noch nicht entschieden

Größe: cm Gewicht: kg

Nein Ja

Zigaretten Zigarillos
 Zigarren Pfeife

Anzahl pro Tag:

Nein Ja

Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

Nein Ja

Bitte möglichst genaue Angaben zu Name und Anschrift:

D. Gesundheitsfragen zu der/den zu versichernden Person(en)

1. Versicherte Person

1. Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, wegen denen Sie ambulant durch Ärzte oder andere Heilbehandler beraten, untersucht oder behandelt werden bzw. wurden (es sind auch z. B. erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhte Blutfett- oder Leberwerte anzugeben)?

Nein Ja

Grund? Wann? Wie lange? Folgenlos geheilt? Behandler?

2. Haben in den letzten 10 Jahren Operationen, Chemo- oder Strahlentherapien, Psychotherapien, Kuraufenthalte oder stationäre Behandlungen stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?

Nein Ja

3. Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie zurzeit häufig oder regelmäßig (länger als 3 Wochen) Medikamente (auch ohne ärztliche Verordnung)?

Nein Ja

Grund? Wann? Welche? Dosis?

2. Versicherte Person

Nein Ja

Grund? Wann? Wie lange? Folgenlos geheilt? Behandler?

Nein Ja

Nein Ja

Grund? Wann? Welche? Dosis?

Fragebogen zur Gesundheit der versicherten Person(en)

E. Erklärungen der/des Versicherungsnehmer(s) und der versicherten Person(en)

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Clerical Medical zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, abgeändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag alle unerlässlichen Auskünfte von benannten Ärzten, sonstigen Behandlern, von mir/uns in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Dritten einholen darf. Hierfür entbinden wir alle Befragten von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Daten und Angaben, die ich/wir in diesem Formular oder im Rahmen der späteren Vertragsdurchführung mache(n) (z. B. Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen), von Clerical Medical bzw. anderen Unternehmen der Lloyds Banking Group zum Zwecke der Vertragsbearbeitung verarbeitet und in gemeinsamen Datensammlungen geführt werden. Diese Informationen dürfen auch an Vermittler, die in meinem/ unserem Auftrag tätig sind, weitergegeben werden. Gesundheitsdaten werden an Vermittler dabei nur in dem Rahmen weitergegeben, der zur Vertragsgestaltung notwendig ist und soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Zum Zwecke der Risikoprüfung, der Rückversicherung und der Bearbeitung von Leistungsfällen und Ansprüchen an andere Versicherungsgesellschaften kann es auch erforderlich werden, dass meine/ unsere Daten an Dritte, einschließlich Rück-, Mit- und andere Versicherer, weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Diese Einverständniserklärung und die Entbindung von der Schweigepflicht können gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

F. Unterschriften

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie die Erklärungen des/der Versicherungsnehmer(s) und der versicherten Person(en) vollständig gelesen und verstanden haben. Diese Erklärungen sind ein wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrags. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch, bitte nur einmal an der für die Unterschrift des Versicherungsnehmers angegebenen Stelle unterschreiben. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, müssen sowohl Versicherungsnehmer als auch die versicherte Person an den jeweils dafür vorgesehenen Stellen unterschreiben.

Unterschrift 1. Versicherungsnehmer

Unterschrift 2. Versicherungsnehmer

Unterschrift 1. Versicherte Person

Unterschrift 2. Versicherte Person

Datum (TT/MM/JJJJ)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Clerical Medical Investment Group Limited
Eingetragen in England und Wales unter der Nummer 3196171
Eingetragener Sitz: 33 Old Broad Street, London EC2N 1HZ, Großbritannien
Zugelassen und beaufsichtigt in Großbritannien durch die Financial Services Authority.

Servicepartner in Österreich:
Clerical Medical Österreich
Zweigniederlassung der Heidelberger Leben – Clerical Medical Management GmbH
Millennium Tower, 15. OG
Handelskai 94–96
A-1200 Wien

Kostenfreie Kunden-Hotline: 0800 809 309
Tel. + 43 1 205 1575 6000
Fax + 43 1 205 1575 6001
E-Mail: austria@clericalmedical.com

www.clericalmedical.at