



Versicherer:
Generali Versicherung AG
Landskrongasse 1-3
A-1010 Wien

Gesundheitsfragen zur Gesundheitsvorsorge

Versicherte Person

Familienname _____ Vorname _____ Titel _____ Geburtsdatum _____

Bestehende Erkrankungen können in den Versicherungsschutz einbezogen werden – allerdings nur, wenn sie im folgenden Fragebogen angegeben werden.

Wir verzichten vor Abschluss der Versicherung auf eine ärztliche Untersuchung – bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Dabei ist auch Ausgeheiltes anzugeben, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden.

Anzugeben sind auch aktuell angeratene oder geplante Behandlungen. Krankheiten, die zwischen Antragstellung und Zugang der Polize auftreten, sind unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Bei schuldhaft unvollständigen oder unrichtigen Angaben kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls – trotz Prämienzahlung – die Leistung verweigern.

Unser Mitarbeiter darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensumstände keine verbindlichen Erklärungen abgeben; er ist nur zur Entgegennahme schriftlicher Antworten zu den gestellten Fragen ermächtigt.

Welcher Arzt wird im Bedarfsfall von Ihnen zu Rate gezogen? _____
Name _____ Anschrift _____

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____ Ihre Telefonnummer (für etwaige Rückfragen) _____

Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Unfälle, Störungen, Anomalien oder Beschwerden hinsichtlich:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder/Sehnen) z.B.: Rücken-, Nacken- od. Schulterbeschwerden, Hüfte, Arthritis, rheumatische Beschwerden | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 2. Herz & Kreislauf z.B.: Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck, Embolie, Beklemmung/Schmerzen in der Herzgendend, Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 3. Lunge & Atemwege z.B.: Asthma, häufige Bronchitis, Lungenentzündung, Erkrankungen des Kehlkopfes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 4. Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Galle, Milz, Bauchspeicheldrüse) z.B.: Gastritis, Geschwüre, Magen- od. Darmblutungen, andauernder Durchfall, Hepatitis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 5. Harn & Geschlechtsorgane z.B. Erkrankungen der Prostata, Nieren, Blasenleiden, Nierenkoliken | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 6. Frauenkrankheiten z.B.: gynäkologische Erkrankungen, Erkrankungen der Brust, Fehl- oder Totgeburten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 7. Schwangerschaft: bestehende Schwangerschaft (voraussichtlicher Geburtstermin _____) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8. Nerven & Gehirn & Rückenmark z.B.: Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Lähmungen, Kopfschmerzen, Migräne, Demenz | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 9. Psychische Erkrankungen z.B. Depressionen, Schizophrenie, Burn Out, Verhaltens- u. Entwicklungsstörungen. Wurde psychologische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 10. Haut z.B. Geschwüre, Ekzeme, Schuppenflechte/Psoriasis, Allergien, Neurodermitis, Akne | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 11. Stoffwechsel & Blut z.B. Zuckerkrankheit/Diabetes (bitte HbA1c-Wert angeben), erhöhter Cholesterinwert (Triglyceride), Gicht, Schilddrüse, Hormonstörungen, Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombosen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 12. Krebserkrankungen /Tumore | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 13. Immunsystem z.B. HIV-Infektion, Aids, Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 14. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Drogen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 15. Waren Sie jemals stationär in einem Krankenhaus? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Genauere Angabe zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen:

Diagnose (genaue Bezeichnung d. Krankheit)	wann (Monat/Jahr)	Art der Behandlung und wo (stationär, ambulant, Kur, etc.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gesundheitsfragen zur Gesundheitsvorsorge

Versicherte Person

Familienname

Vorname

Titel

Geburtsdatum

Medikamente: die Sie regelmäßig benötigen
Medikament

Dosierung

Seit wann (Monat/Jahr)

Seh- und Hörvermögen: Erkrankungen der Augen oder Ohren, Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens?
Bei 'Ja' bitte um genaue Angaben:

Ja Nein

Dioptrien links +/- _____ Dioptrien rechts +/- _____

Zähne: Bestehen Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen oder Erkrankungen des Zahnfleisches?
Fehlende / sanierungsbedürftige Zähne? Bei 'Ja' bitte um genaue Angaben:

Ja Nein

Anzahl fehlende Zähne (ohne Weisheitszahn) _____

Anzahl sanierungsbedürftige Zähne _____

Arbeitsunfähigkeit/Pflege: Wurde Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine dauernde Invalidität zuerkannt?
Sind Sie aufgrund Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?
Haben Sie einen Antrag auf staatliches Pflegegeld gestellt?
Bei 'Ja' bitte um genaue Angaben:

Ja Nein

Sport: Betreiben Sie Sport gegen Entgelt (mehr als bloßen Spesenersatz)? Werden Sie im Rahmen der österreichischen Sporthilfe gefördert, üben Sie eine Sportart in einer der drei höchsten Spielklassen (Fußball) oder in der höchsten Spielklasse aus, gehören Sie einem Nationalkader an? Welche Sportart?

Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe (über die obigen Angaben hinaus habe ich keine weiteren Informationen erteilt);
- das „Informationsblatt zum Antrag“ zur Kenntnis genommen habe;

zugleich werden diese, die vorstehenden Hinweise und meine oben gemachten Angaben zum Inhalt des Antrags.

Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten im Zuge des Vertragsabschlusses

Die zu versichernde Person stimmt 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 sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf. Die zu versichernde Person entbindet diese Personen von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht. Gesundheitsdaten werden nur in dem in der „Information zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)“ dargestellten Umfang erhoben und verwendet. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

Ich habe die Zustimmungserklärung verstanden und stimme dieser zu: Ja Nein

Bitte überprüfen Sie, ob Sie die folgenden Unterlagen erhalten haben:

- Informationsblatt zum Antrag;
- Information zur Datenanwendung (gem. § 24 Datenschutzgesetz);

Ort, Datum

Unterschrift d. vers. Person oder des gesetzl. Vertreters