

GENERALI



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 Herzgegend, 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.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

S-VERSICHERUNG

Fragen an die zu versichernde Person

Name:

Geb. Datum:

1. Körpergröße cm Körpergewicht kg
2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Nikotin konsumiert? ja nein
Wenn ja: Wieviel?
3. Trinken Sie Alkohol? ja nein
Wenn ja: Welche Art und wieviel?
4. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten 10 Jahre an
 - a) Krankheiten des Herzens oder des Kreislaufes (z.B. Bluthochdruck, Verschluss von Herzkranzgefäßen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzfehler, Beklemmung)? ja nein
 - b) Krebs oder anderen Geschwülsten? ja nein
 - c) Krankheiten der Atmungsorgane (z.B. persistierendes Asthma, Tuberkulose, chronische Bronchitis, Lungenentzündung)? ja nein
 - d) Allergien?
Wenn ja: Welche Ausprägung? ja nein
 - e) Krankheiten der Verdauungsorgane (z.B. Magen- oder Darmleiden, Leberleiden, Hepatitis, Gallenkoliken)? ja nein
 - f) Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Erkrankung der Schilddrüse) ja nein
 - g) Krankheiten der Harn- oder Geschlechtsorgane (z.B. Nierenkolik, Gicht, Blasenleiden, Eiweiß im Harn)? ja nein
 - h) Krankheiten des Gehirns oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Schwindel, Depressionen, Lähmung, Demenz, Alzheimer, Parkinson)? ja nein
 - i) Krankheiten der Augen und der Ohren? ja nein
 - j) Krankheiten der Wirbelsäule (Bandscheiben), der Gelenke (Bänder), Arthrose? ja nein
 - k) Rheuma? ja nein
 - l) Krankheiten der Haut? ja nein
 - m) chronischen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Malaria, HIV/AIDS)? ja nein
5. Wurden Ihnen in den letzten fünf Jahren über einen Zeitraum von mehr als zwei Monaten Medikamente verordnet? Wenn ja, welche? ja nein
6. Haben in den letzten fünf Jahren Untersuchungen, Behandlungen, regelmäßige ärztliche Kontrollen oder Beratungen, Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind sie vorgesehen?
Wenn ja: Warum, wann und wo? ja nein
7. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten, die nicht folgenlos ausgeheilt sind?
Welche bleibenden Beeinträchtigungen bestehen noch? ja nein
8. Beziehen oder beantragen Sie eine Invaliden- oder Unfallrente?
Wie hoch ist die bestehende Invalidität (in %)? ja nein
9. Bestehen besondere Berufs-, Sport- oder Freizeitrisiken (z.B. Umgang mit Sprengstoff, Tauchen, Paragleiten, ...)?
Wenn ja: Welche?
Wollen Sie diese Risiken in den Versicherungsschutz aufnehmen? ja nein
10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen funktionelle Einschränkungen im täglichen Leben (z.B. bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, bei der Haushaltsführung)? Wenn ja, wann und welche? ja nein
- Besteht bei Ihnen Pflegebedürftigkeit oder haben Sie einen Antrag auf Pflegegeld gestellt? ja nein
11. Bitte geben Sie Name und Anschrift des Arztes bekannt, der über Ihren Gesundheitszustand am besten informiert ist.
12. Besteht bereits eine Pflegeversicherung?
Wenn ja: Bei welcher Gesellschaft und wie hoch ist die versicherte Leistung? ja nein
13. Wurde bei einer anderen Gesellschaft eine Lebens-/Unfall-/Pflegeversicherung abgelehnt, zurückgestellt, nur zu erschwerten Bedingungen angenommen oder gleichzeitig beantragt?
Wenn ja, wann und bei welcher Gesellschaft? ja nein
14. Erläuterungen zu den vorangegangenen Antworten:
z.B. Art der Erkrankung bzw. Beschwerden, wann traten sie auf, ...

Hinweis: Im Zuge der Risikoprüfung kann es zu einer Nachforderung von Unterlagen kommen!

WIENER STÄDTISCHE VERSICHERUNG

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt? nein für alle 1 2 3 4 5

	ja für Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis

Wurde ein Antrag abgelehnt bzw. ein Vertrag gekündigt? nein für alle 1 2 3 4 5

	ja für Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis

Welche Pflichtkasse? für alle von bis

<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> von bis
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

GESUNDHEITSERKLÄRUNG BZW. GESUNDHEITSFragen

Die folgenden Fragen richten sich an alle zu versichernden Personen; von Bedeutung sind alle Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Unfallfolgen und auffallenden bzw. von der Norm abweichenden Untersuchungsbefunde, auch wenn sie für unwesentlich gehalten werden. Kann eine Frage nicht mit nein beantwortet werden, so sind ergänzende Angaben zwingend erforderlich. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist die Beantwortung auf einem Beiblatt fortzusetzen und im Antrag auf das Beiblatt hinzuweisen.

Sind bei Ihnen in den letzten fünf Jahren Erkrankungen oder Beschwerden – siehe dazu die beispielhafte Aufzählung bei (*) – aufgetreten oder bestehen derzeit welche? Auch bestehende Folgen nach Unfallverletzungen sind anzugeben.
Sind auffallende bzw. von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z. B. erhöhte Blutfettwerte, Harnsäurewerte, Leberwerte, Blutzuckerwerte), Allergien oder Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden? Erfolgt Untersuchungen und/oder Behandlungen im Zusammenhang mit Sterilität?
Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle 1 2 3 4 5

Wurden Sie in den letzten zehn Jahren in einem Krankenhaus stationär aufgenommen (auch Aufenthalte zu bloßen Untersuchungszwecken sind anzugeben) oder mussten Sie sich einer Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen?
Haben Sie eine erweiterte Heilbehandlung (Kur, Erholung oder Rehabilitation) absolviert?
Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle 1 2 3 4 5

ja, für	Erkrankung, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen (Invaliditätsgrad, Dioptrien)	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Sind in den kommenden sechs Monaten Untersuchungen oder Behandlungen geplant? Um welche Untersuchungen/Behandlungen handelt es sich?
Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle 1 2 3 4 5

Regelmäßige oder gewohnheitsmäßige Einnahme von Medikamenten oder Drogen (Suchtgiften) bzw. Genuss von Alkohol oder Nikotin?
In welchem Zeitraum? Welche? Wogegen? Wieviel täglich?
ja, für nein für alle 1 2 3 4 5

Name des Hausarztes oder des Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist. kein Arzt für 1 2 3 4 5

	Name:	Adresse:

Größe und Gewicht? cm kg cm kg cm kg cm kg cm kg

Bei Frauen: Wie viele Geburten hatten Sie? Sind Sie derzeit schwanger (wenn ja, welcher Monat)?

Bei Frauen: Sind eventuell vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen? Wenn nein, welche Komplikationen?

(*) Wichtig sind insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (z. B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Krampfadern, anomale Blutdruckwerte), der Lunge und der Atemwege (z. B. Lungenentzündung, Bronchitis, Asthma), der Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nieren- oder Harnwegsentzündungen, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Eierstock-, Gebärmutter- oder Brustdrüsenerkrankungen), Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. Erkrankungen des Magens, des Darms, der Speiseröhre, der Leber, der Galle oder der Bauchspeicheldrüse), Krankheiten des Bewegungsapparats bzw. der Wirbelsäule (z. B. Gelenksabnützungen, Bandscheibenschädigungen, Wirbelsäulenverkrümmung, Knochenerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen), Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks und des Nervensystems bzw. psychische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Depressionen, Neurosen, Multiple Sklerose, Überlastungs- und Erschöpfungskrankheiten sowie Burn Out), Krankheiten der Haut und der Sinnesorgane (z. B. Psoriasis, Neurodermitis, grauer bzw. grüner Star, chronische Mittelohrentzündung, Störungen des Hör- oder Sehvermögens), Krankheiten des Blutes (z. B. Leukämie, Gerinnungsstörungen), Krankheiten der Schilddrüse (z. B. Struma, Funktionsstörungen) und Diabetes (Zuckerkrankheit).