

## Zusätzliche Erklärung zum Versicherungsantrag vom \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer	Geburtsdatum
Versicherte Person	Geburtsdatum

### Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG und bezüglich der Regelungen zum Gendiagnostik-Gesetz (GenDG):

Zur Prüfung der bei Ihnen vorliegenden Risikogegebenheiten bitten wir Sie, uns die nachfolgenden Fragen schriftlich zu beantworten. Wir fragen Sie nach allen Ihnen bekannten Gefahrumständen, die Einfluss auf unsere Entscheidung zur Risikübernahme haben.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder dieser Fragen vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die z.B. noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Ihre Angaben sind Grundlage und Voraussetzung für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages in unserem Hause und werden auch Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages.

**Wir sind an einer langfristigen und fairen Kundenbeziehung mit Ihnen interessiert und vertrauen auf die Richtigkeit Ihrer Angaben in diesem Antragsformular. Falls Sie dennoch die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten und damit Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, stehen uns Rechte zu, die Ihren Versicherungsschutz gefährden können und von denen wir im Interesse der redlichen Versichertengemeinschaft Gebrauch machen müssten:**

(1) Wenn Sie die Fragen in diesem Fragebogen arglistig, vorsätzlich oder grob fahrlässig falsch oder unvollständig beantworten, können wir von dem Vertrag zurücktreten, und es besteht kein Versicherungsschutz mehr.

Ist der Versicherungsfall bereits vor dem Rücktritt eingetreten, sind wir nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie unvollständige oder falsche Angaben gemacht haben, die we-

der für den Eintritt des Leistungsfalles noch für die Feststellung unserer Leistungspflicht ursächlich gewesen sind. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

(2) Wenn Sie bei Verletzung Ihrer Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat ab Kenntnis für die Zukunft kündigen.

(3) Wenn wir den Vertrag bei Kenntnis der von Ihnen fahrlässig falsch oder nicht vollständig angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, können wir den Vertrag nicht beenden. Wir können dann aber verlangen, dass diese anderen Bedingungen rückwirkend ab Versicherungsbeginn Vertragsbestandteil werden.

Haben Sie die falsche oder unvollständige Beantwortung der Fragen nicht zu vertreten und hätten wir bei Kenntnis des verschwiegenen oder unvollständig angegebenen Umstandes den Vertrag mit Ihnen zu anderen Bedingungen dennoch geschlossen, können wir verlangen, dass diese anderen Bedingungen ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden.

(4) Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen sind nicht anzugeben, es sei denn, es wird eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 € bzw. eine Jahresrente von mehr als 30.000 € vereinbart.

**Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei. Bevor Sie Ihre Angaben durch Ihre Unterschrift bestätigen, prüfen Sie bitte die Richtigkeit Ihrer Angaben, Antworten und Erläuterungen, auch wenn Ihnen andere Personen beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen haben.**

**Für Sterbegeldversicherungen\* nach Tarif A1 bis max. 10.000,- € Todesfallleistung und Fondsgebundene Lebensversicherungen\* nach Tarif PVL bis max. 6.000,- € Mindesttodesfallleistung ist die Beantwortung der Fragen 1.1 bis 1.3 ausreichend. \*(alle Abschlüsse bei der VPV innerhalb der letzten 6 Monate)**

### Fragen an den/die Antragsteller/-in bezüglich der derzeitigen gesundheitlichen Gegebenheiten

1.1 Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:

cm	kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen?  nein  ja  
Hierzu gehören u.a. Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges.

Welche?

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behindereneigenschaft (MdE/GdB) oder einer Pflegestufe?  nein  ja

MdE  GdB  
\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ seit  
Gründe für MdE, GdB

Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?  nein  ja

Pflegestufe (I, II, III)  
\_\_\_\_\_  beantragt  anerkannt seit \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, bzw. besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre ein positiver Test auf Hepatitis B oder Hepatitis C?  nein  ja

positives Testergebnis  
 HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

oder warten Sie noch auf das Testergebnis?  nein  ja

erwarte noch Testergebnis für  
 HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

1.3 Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an

kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten nichtärztlichen Therapeuten oder des Krankenversicherers

Name und Anschrift

Name, Ort

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikübernahme berücksichtigen können.

**Für Anträge (alle Tarife) mit einer Todesfallleistung bis 25.000,- € (alle Abschlüsse bei der VPV innerhalb der letzten 6 Monate) ist zusätzlich die Beantwortung der Fragen 2.1 bis 2.2 erforderlich**

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Der Rückfragezeitraum beträgt **5 Jahre in Frage 2.1 – 2.2** und **10 Jahre in Frage 3.1 – 3.2**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Bitte nutzen Sie deshalb alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor und bei der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren.

**Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem jeweiligen Antwortbereich.**

Wichtig für uns sind in der rechten Spalte der folgenden Fragen nähere Einzelheiten zu Informationen zur Krankheitsbezeichnung, zu aufgetretenen Beschwerden und Folgen, zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten und, soweit bekannt/vorhanden, zu Untersuchungsergebnissen sowie detaillierte Angaben zu den verordneten Medikamenten und eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen.

Name und Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut) bitte immer zusätzlich angeben.

### Fragen an den/die Antragsteller/-in bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem Fragen-/Antwortbereich 2.\*

2.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen

des Herzens oder der Kreislauforgane?

Hierzu gehören u.a. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, ärztlich behandelter Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen.\*  nein  ja

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).\*

der Atmungsorgane? Hierzu gehören u.a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse? Hierzu gehören u.a. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderung der Leberwerte.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
der Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane? Hierzu gehören u.a. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
der Haut? Hierzu gehören u.a. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte oder Hautveränderungen.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder? Hierzu gehören u.a. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, ärztlich behandelter Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, ärztlich festgestellter (Gelenk-)Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
des Gehirns oder des Nervensystems? Hierzu gehören u.a. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne, ärztlich behandelte Kopfschmerzen.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
der Augen? Hierzu gehören u.a. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Blindheit ein- oder beidseitig, Augenhintergrundveränderungen, erhöhter Augendruck (grüner Star), Netzhauterkrankungen, Hornhautveränderungen, Linsentrübungen (grauer Star).*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
der Ohren? Hierzu gehören u.a. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus (Ohrgeräusche), Lärmschaden.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
des Stoffwechsels? Hierzu gehören u.a. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
des Blutes? Hierzu gehören u.a. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
2.2 Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter 2.1 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche?

**Bei einer Todesfalleistung über 25.000,- € ist zusätzlich die Beantwortung der Fragen 3.1 bis 4.3 erforderlich**

**Fragen an den/die Antragsteller/-in bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 10 Jahre**

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich 3.\*

3.1 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit:		Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).*
- operativen Eingriffen (auch z. B. mittels Laser)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- einem Suizidversuch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
- Erkrankungen oder Störungen der Psyche? Hierzu gehören u.a. depressive Stimmungen, Angstzustände, Essstörung.*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3.2 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium stationär aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**Fragen an den/die Antragsteller/-in bezüglich besonderer Gefährdungen und Gegebenheiten**

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich 4.\*

4.1 Haben Sie derzeit beruflich		
<input type="checkbox"/> Umgang mit explosiven Stoffen/Gasen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:
<input type="checkbox"/> Umgang mit radioaktiven Stoffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:
<input type="checkbox"/> Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen wie biologischen Arbeitsstoffen oder hautbelastenden Substanzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:
4.2 Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus? Hierzu gehören u.a. Tauchen, Reiten, Bergsport, Fallschirmspringen, Flugsport oder Wettfahrten aller Art.* Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche?
4.3 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanadas von insgesamt mehr als 12 Wochen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

**Fragen an den/die Antragsteller/-in bezüglich der beruflichen Gegebenheiten**

5.1 In welcher Branche sind Sie derzeit tätig? seit

5.2 Wie lautet Ihre jetzige Berufsbezeichnung?

5.3 Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?

5.4 Die Tätigkeit wird ausgeübt als:

Angestellte/r     Angestellte/r im öff. Dienst     Arbeiter/in

Beamtin/Beamter    seit: \_\_\_\_\_

Freiberufl./selbstständig    seit: \_\_\_\_\_

Schüler/in, Student/in, Hausfrau/-mann

5.5 In welchem zeitlichen Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

Vollzeit     Teilzeit \_\_\_\_\_ Std./Woche

befristet bis: \_\_\_\_\_

Maßnahme der Arbeitsagentur befristet bis: \_\_\_\_\_

Freiberufl./selbst. seit: \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_ Vollzeitmitarbeitern    \_\_\_\_\_ Teilzeitmitarbeitern

5.6 Anteil Büro-/ Reise-/ körperl. Tätigkeit?

\_\_\_\_\_ % Büro-    \_\_\_\_\_ % Reise-    \_\_\_\_\_ % körperl. Tätigkeit

5.7 Gelten für Ihre Tätigkeit(en) besondere Regelungen zum Gesundheits- oder Unfallschutz und/oder zur Arbeitssicherheit, wegen der bei Ihnen regelmäßig Vorsorge- und/oder Tauglichkeitsuntersuchungen durchgeführt werden?     nein     ja    Welche?

5.8 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt oder ist ein Wechsel für die nächsten 12 Monate vorgesehen?     nein     ja    Weshalb?

5.9 Einkommensangaben:  
Mein monatliches Bruttoeinkommen beträgt derzeit \_\_\_\_\_  
(bzw. Nettoeinkommen bei Selbstständigen/Freiberuflern = verfügbares Einkommen nach Steuern)

Bitte geben Sie hier Ihr Einkommen aus selbstständiger bzw. nicht selbstständiger Tätigkeit an

€ \_\_\_\_\_ monatlich

5.10 Haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen und/oder Versicherungsverträgen?     nein     ja

Berufsunfähigkeit    € \_\_\_\_\_ p. a.

Erwerbsunfähigkeit    € \_\_\_\_\_ p. a.

Dienstunfähigkeit    € \_\_\_\_\_ p. a.

Kammerversorgung    € \_\_\_\_\_ p. a.

**Folgen noch weitere Angaben?** (Bitte immer beantworten)

Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, unverzüglich und schriftlich nach.

Zusätzliche Angaben liegen anbei     Es folgen noch Angaben     Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_\_

**Schweigepflichtsentbindung**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer im Rahmen der Antragsaufnahme zur Beurteilung des zu übernehmenden Risikos meine Angaben im Versicherungsantrag und den dazu gehörenden Erklärungen überprüfen kann.

Zu diesem Zweck ermächtige ich die VPV Lebensversicherungs-AG zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre (für die Berufsunfähigkeits-[Zusatz-]versicherung die nächsten 5 Jahre) nach der Antragsannahme. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen.

Eine entsprechende Schweigepflichtsentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern von der VPV Lebensversicherungs-AG konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative oder ein Widerspruch zur Erhebung nach erfolgter Einwilligung zur Verzögerung der Antragsannahme, der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsannahme oder die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtsentbindung kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht darf der Versicherer die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen. Dies gilt auch für die Zeit vor der Antragsannahme. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Der Versicherer wird mich vor der Einholung einer Auskunft darüber unterrichten. Ich kann der Erhebung dann widersprechen. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich bestätige hiermit, die Rechtsfolgenbelehrung bezüglich meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige aller mir bekannten und für die Übernahme der Gefahr erheblichen Umstände sowie die Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung gelesen und verstanden zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers <b>X</b>	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Versicherungsnehmers <b>X</b>
	Unterschrift zu vers. Person, falls nicht Versicherungsnehmer <b>X</b>	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person <b>X</b>
	Unterschrift des Vermittlers <b>X</b>	