

# Gesundheitserklärung

zum Antrag / zur unverbindlichen Anfrage vom:

Tag    Monat    Jahr

Versicherungsnummer  
 sofern bekannt

\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (VN) \_\_\_\_\_

Versicherte Person (VP) \_\_\_\_\_

**Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht**

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen: Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.  
**Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in den §§16 ff VersVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf den folgenden Seiten des Dokuments.**

## Bitte beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung immer beantworten:

**Angaben zur beruflichen Tätigkeit der Versicherten Person (VP)**

Beruf \_\_\_\_\_  
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Lehrlingen der Ausbildungsberuf

Branche \_\_\_\_\_

Risikogruppe \_\_\_\_\_  Angestellte/r     Beamt(er)/in     Selbständige/r / Freiberufler    seit wann \_\_\_\_\_  
Tag    Monat    Jahr

Schüler/in     Lehrling     Student/in

1. Personalverantwortung oder Projektleitungsverantwortung für \_\_\_\_\_ Personen \_\_\_\_\_  
(Dies gilt für Vollzeitkräfte. Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet.)  
Für Projektleitung gilt:  
 ■ mindestens 6 Monate als Projektleiter tätig  
 ■ mindestens 60 Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit  
 ■ Weiterbildung zum Projektleiter ist nachweisbar.

2. Anteil Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz in \_\_\_\_\_ Anteil Gesamttätigkeit \_\_\_\_\_ %  
(Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Arbeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen.)

3. Anteil der körperlichen Tätigkeit in \_\_\_\_\_ Anteil Gesamttätigkeit \_\_\_\_\_ %  
(Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die mit einer Kraftanstrengung verbunden sind.)

4. Anteil der Reisetätigkeit in \_\_\_\_\_ Anteil Gesamttätigkeit \_\_\_\_\_ %  
(Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen)

5. Höchster Bildungsabschluss \_\_\_\_\_ (Z.B. Bachelor, Master, Diplom)

6. Abgeschlossene Berufsausbildung \_\_\_\_\_ (Z.B. kaufmännisch, handwerklich, technisch; Fortbildung als z.B. Techniker, Meister)

## Allgemeine Gesundheitsprüfung

**Angaben der VP**

Ausschließlich wenn die Voraussetzungen für die vereinfachten Gesundheitsfragen nicht erfüllt sind.

Bei den nachstehenden in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse eventuell durchgeführter Gentests des Typs 2, 3 oder 4 müssen nicht angegeben werden (siehe wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gentechnikgesetzes (GTG)).

1. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt – sowohl im Beruf, wie bei Sport und Freizeit? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven/explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport oder Reitsport betreiben?  nein  ja

2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird? Wann, wo, wie lange, beruflicher oder privater Anlass? \_\_\_\_\_  nein  ja

3. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

**Angaben zur Gesundheit der VP**

**Zeitlich nicht befristete Fragen**

4. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen (wie angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen), oder bestehen bleibende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Gehörlosigkeit)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), der Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwäche, die zu einer Erleichterung während der Schulausbildung führte (z.B. wegen Lese-Rechtschreibschwäche, Dyskalkulie)? Bitte Kopie des Bescheids beifügen.  nein  ja

5. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?  nein  ja

6. Bestehen oder bestanden bössartige Tumorerkrankungen (zum Beispiel Blutkrebs, Brustkrebs, Darmkrebs, Hodenkrebs)?  nein  ja

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 10 Jahre**

7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert oder stationär behandelt? Dazu zählen auch Kur-/Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapie) oder sind aktuell Operationen oder Behandlungen geplant oder stehen Untersuchungsergebnisse noch aus?  nein  ja

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Monate**

8. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Wie z. B. Rücken- oder Nackenbeschwerden über mindestens 48 Stunden, Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Herzrhythmusstörungen, Seh-, Hör-, Gleichgewichts-, Gang-, Sensibilitäts- oder Wahrnehmungsstörungen, Atemnot, Ohnmacht, Blut im Urin oder im Stuhl, psychische Erschöpfungs- oder Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände mit noch nicht geklärter Ursache und allergische Reaktionen.  nein  ja

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre**

9. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen bei Ärzten, sonstigen Behandlern oder im Krankenhaus statt wegen Krankheiten oder Unfallfolgen: Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Termin und den Grund. Nennen Sie auch Namen, Anschrift und die Fachrichtung.

- 9a. des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane (zum Beispiel ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfader, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris)?  nein  ja
- 9b. der Atmungsorgane: Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen (z.B. Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?  nein  ja
- 9c. der Verdauungsorgane: Dies sind Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse (z.B. Magen- / Darmgeschwür, Entzündungen, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom)?  nein  ja
- 9d. der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nierenversagen, wiederkehrende oder chronische Entzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)?  nein  ja
- 9e. des Gehirns und des Nervensystems (zum Beispiel Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne)?  nein  ja
- 9f. der Psyche (z.B. Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, Essstörungen, Suizidversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out, Erschöpfungszustände), oder wurden oder werden Sie wegen einer Suchterkrankung (Konsum von Drogen, drogenähnlichen Substanzen, Medikamenten oder Alkohol) behandelt oder beraten?  nein  ja
- 9g. des Stoffwechsels (zum Beispiel Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?  nein  ja
- 9h. des Blutes oder des lymphatischen Systems und der Milz (zum Beispiel Anämie, Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenentzündung)?  nein  ja
- 9i. Infektionskrankheiten (zum Beispiel Tuberkulose, Hepatitis B/C, Tropen- oder Geschlechtskrankheiten)?  nein  ja
- 9j. gutartige Tumorerkrankungen (zum Beispiel Adenome, Zysten)?  nein  ja
- 9k. der Haut (zum Beispiel Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome)?  nein  ja
- 9l. des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen oder der Bänder (zum Beispiel Rückgratverkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Sehnencheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Gelenkverschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)?  nein  ja
- 9m. der Augen (zum Beispiel Linseneintrübung, Netzhautablösung, erhöhter Augeninnendruck, Laser-Behandlung)?  nein  ja
- 9n. Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?  
Falls ja: Bitte geben Sie die betreffende Dioptrienzahl an. links  +/-  rechts  +/-  nein  ja
- 9o. der Ohren (zum Beispiel Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Störungen des Gleichgewichts)?  nein  ja
- 9p. Allergien (zum Beispiel Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)?  nein  ja
- Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Jahre**
10. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente, oder wurden Ihnen solche verordnet? Wenn ja: Bitte nennen Sie die Medikamente. Seit wann und weswegen nehmen Sie diese? Wie hoch ist die Dosis pro Tag?  nein  ja

Bitte geben Sie Ihren Arzt an, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse berichten kann (Name, Anschrift, Fachrichtung).

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1–10 (z. B. welche Freizeitrisiken, Auslandsrisiken, Krankheiten, Störungen, Beeinträchtigungen, Beschwerden?) Wann? Wie lange? Behandelnder Arzt/sonstige Behandler\*/Krankenhaus? Ergebnis? Folgen?

Frage Erläuterungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei Platzmangel  
bitte ein separates,  
vom VN unter-  
schriebenes Blatt  
verwenden!

\* „Sonstige Behandler“ sind z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten.

### Zusätzliche Prüfung für eine Rente bei Berufsunfähigkeit:

- Angaben zur Angemessenheit**
1. Bestehen für Sie schon (Zusatz-)Versicherungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, oder wurden solche beantragt?  
Falls ja: Nennen Sie bitte jeweils den Namen der Gesellschaft, das Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, die Höhe der Leistung / Prämienbefreiung p.a. und die Übernahmebedingungen (Erschwerungen).  nein  ja
- 2a. Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoeinkommen der letzten drei Kalenderjahre aus beruflicher Tätigkeit? (Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeits-tätigkeit inkl. Weihnachts- und Urlaubsgeld; Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. selbständiger Tätigkeit als Einkommen.)
- Jahr     EUR Jahr     EUR Jahr     EUR
- 2b. Als **Berufseinsteiger\*** geben Sie das **aktuelle** Monatseinkommen an:  EUR

Bei Gesamtrenten – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 36.000 Euro jährlich bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre (z.B. Steuerbescheid, Bestätigung des Steuerberaters, Gehaltsabrechnungen) einreichen.

\* Als Berufseinsteiger gilt, wer innerhalb der letzten 12 Monate nach Abschluss einer/s Ausbildung/Studiums eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat.

### Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen:

- Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäss der Annahmerichtlinien veranlasst.  nein  ja
- Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.  nein  ja
- Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?  nein  ja
- Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?  nein  ja

**Unterschriften und Erklärungen**

Ich habe die gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen.

Unterschrift Versicherungsnehmer    
ggf. Firmenstempel

Unterschrift Gesetzlicher Vertreter    
bei Minderjährigen

Unterschrift Versicherte Person    
sofern vom VN abweichend; ab vollendetem 14. Lebensjahr

Ort/Datum

Unterschrift Vermittler  

# Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Dresdner Straße 91, 1200 Wien in geschriebener Form nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

## Mitteilung nach §§16ff. VersVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in geschriebener Form gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme geschriebener Form nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir binnen drei Jahren ab Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie ohne Verschulden gehandelt haben.

Bei Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den nicht angezeigten Umstand kannten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

### 2. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt nur innerhalb eines Monats in geschriebener Form geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

### 3. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht schuldhaft verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Verschulden zur Last fällt.

## Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gentechnikgesetzes (GTG)

Gem. § 67 GTG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen des Typs 2, 3 oder 4 zu verlangen.

Ebenso wenig dürfen wir gem. § 67 GTG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen des Typs 2, 3 oder 4 verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten.

Das GTG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. §§ 16 ff. VersVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.

## Hinweis zu den zitierten Gesetzesparagrafen

Den Text der jeweils zitierten Gesetzesparagrafen können Sie im Internet ([www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at)) abrufen. Alternativ können Sie die Texte auch bei uns anfordern.