

Fragebogen für die Ausübung der BU-Option

Zu versichernde Person

Vertragsnummer	
Nach- und Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	

Die Fragen sind von der zu versichernden Person zu beantworten und ersetzen Teil C (die Gesundheitserklärung) des Versicherungsantrags.

1. Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht ?

Größe cm

Gewicht kg

2a. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **12 Monaten** häufig oder regelmäßig (z. B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apothekenpflichtige Medikamente (z. B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen) oder wurden Ihnen solche verordnet? Falls ja, welche?

☐ nein ☐ ja

2b. Sind oder waren Sie in den letzten **12 Monaten** mehr als vier Wochen zusammenhängend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen? Falls ja, bitte nähere Angaben. Wegen welcher Gesundheitsstörung? Wann? Wie lange?

☐ nein ☐ ja

3. Wurden Sie in den letzten **3 Jahren** ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wegen Störungen oder Beschwerden der Psyche (z. B. Depression, ADHS, Angststörung, Essstörung), Störungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates (z. B. Gelenke, Muskeln, Bänder, Wirbelsäule), Einschränkungen oder Störungen der Sehfähigkeit und/oder der Hörfähigkeit, Drogen, drogen-ähnliche Substanzen, Betäubungsmittel und/oder Alkohol? Falls ja, bitte nähere Angaben.

☐ nein ☐ ja

4. Wurden Sie in den letzten **3 Jahren** in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung der medizinischen Versorgung beraten, behandelt oder untersucht? Falls ja, bitte nähere Angaben. Wegen welcher Gesundheitsstörung? Wie behandelt?

☐ nein ☐ ja

Wann erstmals aufgetreten bzw. festgestellt? Dauer? Folgen?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. der Einrichtung?

5. Erhalten oder erhielten bzw. beantragten Sie in den letzten **3 Jahren** eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden (ggf. Rentenbescheidabschrift – Begründungsteil mit Versehrtenstufe – beifügen) und/oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

☐ nein ☐ ja

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht auf dem Versicherungsantrag.

Ort	Datum
Unterschrift des Versicherungsnehmers ☒	Unterschrift der zu versichernden Person (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters) ☒