SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
oder sofern angekreuzt
☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Großes ärztliches Zeugnis mit HIV-Antikörper-Test

zum Antrag _____

Gebietsdirektion

Sämtliche Fragen an die versicherte Person (unter „I Erläuterung vor dem Arzt“) werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Versicherungsnummer	RINR	Datum der Antragstellung

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	Versicherte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum Versicherte Person

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 3 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

I Erläuterung vor dem Arzt

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und mit **nein** oder **ja** zu beantworten. **Bei ☐: Zutreffendes bitte ankreuzen**

Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitungszeit.

	nein	ja	wenn ja,	wann, wie oft?	Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
1 Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	☐	☐	Welchen?		
2 Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? (Das bei den Einzelangaben **Zutreffende** bitte **unterstreichen** und rechts erläutern)	☐	☐			
2.1 des **Herzens oder der Kreislauforgane**, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Embolie?	☐	☐			
2.2 der **Atmungsorgane**, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?	☐	☐			
2.3 der **Verdauungsorgane**, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	☐	☐			
2.4 der **Harn- oder Geschlechtsorgane**, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	☐	☐			
2.5 des **Gehirns oder des Rückenmarks**, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?	☐	☐			
2.6 der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? _____	☐	☐			
2.7 der Ohren, z. B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	☐	☐			
2.8 der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?	☐	☐			
2.9 Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?	☐	☐			
2.10 Geschwülste (Tumore)?	☐	☐			
2.11 der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?	☐	☐			

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

	nein	ja			
2.12 akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z. B. Malaria?	☐	☐			
2.13 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch eine Blutuntersuchung)?	☐	☐			
2.14 sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	☐	☐			
2.15 bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe?	☐	☐			
Besteht Schwangerschaft?	☐	☐			
In welchem Monat? _____	☐	☐			
Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?	☐	☐			
3.1 Sind Sie mit Medikamenten, z. B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden? Welche? Wann?	☐	☐	Wann? Weshalb?		Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
3.2 Nahmen oder nehmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Drogen oder andere Betäubungsmittel? Welche? Wann?	☐	☐			
3.3 Rauchen Sie Zigaretten? Wie viele täglich?	☐	☐			
3.4 Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfange?	☐	☐			
3.5 Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Wann?	☐	☐			
4.1 Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?	☐	☐			
4.2 Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? Weshalb? Von welcher Stelle?	☐	☐			
4.3 Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Behinderung? Wie viel %?	☐	☐			
5.1 Sind Sie operiert worden?	☐	☐			
5.2 Ist eine Operation vorgesehen?	☐	☐			
5.3 Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?	☐	☐			
6.1 Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder Sonographie untersucht? Ergebnis?	☐	☐			
6.2 Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? Ergebnis?	☐	☐			
(Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden.)					
7 Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Welche?	☐	☐			
8.1 Haben andere Ärzte, außer den bereits genannten, Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt?	☐	☐			
8.2 Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	☐	☐			

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

9.1 Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)?	Name und Anschrift des Arztes	Wann? Weshalb?
9.2 Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht?	Name und Anschrift des Arztes	Wann? Weshalb?

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

II Untersuchungsbefund durch den Arzt

	nein	ja	
Sind Sie mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert? (Falls zutreffend, darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.) Haben Sie sie bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt? Wann und weshalb?	☐ ☐	☐ ☐	
1 Gewicht ohne Kleidung: _____ kg Größe ohne Schuhe : _____ cm			Umfang des Brustkorbes: _____ cm des Halses: _____ cm des Leibes: _____ cm
2 Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
3 Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
4 Halten Sie die Sinnesorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
5 Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
6 Halten Sie das Hormonsystem - insbesondere die Schilddrüse - für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
7 Herz und Kreislauf			
7.1 Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?	☐	☐	Ausmaß:
7.2 Sind die Herztöne rein und normal betont?	☐	☐	
7.3 Bestehen Geräusche? Welche? Wo?	☐	☐	
7.4 Sind die Geräusche organisch?	☐	☐	Pulschläge je Minute / Blutdruck in mmm Hg. systol. / distol
7.5 Blutdruck und Pulsfrequenz			in Ruhe _____ _____ _____ nach Belastung _____ _____ _____
7.6 Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig? Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen? Bei Extrasystolen: Wieviele in der Minute in Ruhe und nach Belastung?	☐	☐	
7.7 Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen? (Atemnot Cyanose, Oedeme)	☐	☐	
7.8 Sind Krampfadern vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)	☐	☐	
7.9 Können noch zusätzliche Angaben über Herz- und Kreislauf gemacht werden? Welche Erkrankungen liegen vor?	☐	☐	

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

	nein	ja	
8 Atmungsorgane			
8.1 Besteht Heiserkeit? Husten? Seit wann?	☐	☐	
8.2 Haben Sie bei der Perkussion und Auskulation einen Befund festgestellt?	☐	☐	
8.3 Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
9 Verdauungsorgane			
9.1 Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?	☐	☐	
9.2 Haben Sie bei der Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm) einen Befund festgestellt?	☐	☐	
9.3 Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
10 Harn- und Geschlechtsorgane			
10.1 Harnuntersuchung: Bitte führen Sie eine Harnuntersuchung durch.			
Enthält der Harn:			Eiweiß? ___ Zucker? ___ Ist Urobilinogen vermehrt? ___
			Sedimentbefund:
10.2 Halten Sie die Harn- und Geschlechtorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	☐	☐	
10.3 Bei Frauen Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, auf welches Leiden?	☐	☐	
11 Sonstiges Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z. B. Drüsenschwellungen) erhoben? Welche?	☐	☐	
12.1 Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen. Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?			
12.2 Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr in meinem Sprechzimmer.			
13 Bemerkungen			

Für diese Untersuchung bieten wir Ihnen ein Honorar von 62 EUR an, das wir Ihnen nach Eingang des Zeugnisses sofort überweisen.

III Zusätzliche Untersuchung (Nach vorheriger ärztlicher Aufklärung)

HIV-Antikörper-Test	☐ negativ	☐ positiv
Tag der Blutentnahme:		

Wir bitten Sie,

- für von uns zusätzlich erbetenen Untersuchungen (z. B. HIV-Antikörper-Test, Belastungs-EKG) Ihrer Liquidation beizufügen.

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

Das Honorar in Höhe von _____ EUR ist auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN _____ BIC _____

Name des Geldinstituts _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum