Allianz Lebensversicherungs-AG
Deutsche Lebensversicherungs-AG

MERKBLATT FÜR UNTERSUCHUNGEN

Bitte kreuzen Sie im anhängenden Arztauftrag die erforderlichen Untersuchungen an. Der Umfang der Untersuchung ergibt sich aus der untenstehenden Übersicht.

Tipps zur Vorbereitung des Untersuchungsauftrages

- Bitte bereiten Sie den anhängenden Untersuchungsauftrag gemäß den angegebenen Summengrenzen und Hinweisen sorgfältig vor.
- Die Untersuchung sollte vom Hausarzt (Allgemeinarzt) oder von einem Internisten vorgenommen werden.
- Geben Sie bitte auf dem Ärztlichen Zeugnis den zuständigen Empfänger und – sofern bekannt – die Versicherungsnummer an.
- Die Gesellschaft übernimmt keine Kosten für nicht notwendige Untersuchungen.
- Bei höheren Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-/KSP-Renten benötigen wir auch die Antworten der „Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz“ (Druckstück EV---0004Z0).

Alternativ zur Ärztlichen Untersuchung kann in vielen Fällen auch ein „M-Check“ beauftragt werden. Details siehe Rückseite.

Ermitteln der Summengrenzen
Maßgebend für die Summengrenzen sind bei der DLVAG die Gesamtleistung inkl. evtl. Bonus, bei der Allianz Leben die garantierte Leistung.
Bei der Berechnung der Summengrenzen müssen alle beim jeweiligen Versicherer (AZL oder DLVAG) bestehenden Versicherungen, die in den letzten 5 Jahren ohne Untersuchung abgeschlossen wurden, berücksichtigt werden. Versicherungen nach dem Vermögensbildungsgesetz und listenmäßige Aufnahmen bleiben bei Einzelversicherungen und bei Versicherungen im Rahmen von Sammel-/Rahmenverträgen unberücksichtigt.

1. **Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge**
   Bei Hinterbliebenenrenten entspricht das Todesfallkapital dem Barwert der Rente. Dieser wird durch den für das jeweilige Eintrittsalter entsprechenden Faktor ermittelt. Die Faktoren sind in AMIS hinterlegt und werden automatisch berücksichtigt.
2. **Einmalbeitragszahlung – Ermittlung des Todesfallkapitals für die Untersuchungsgrenze**
   Bei Hinterbliebenenvorsorge mit Einmalbeitragszahlung wird als Todesfallkapital das „riskierte Kapital“ angesetzt. Vereinfachte Berechnung: Garantiekapital bei Tod abzüglich Einmalzahlung.
3. **Bausteine zur Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Pflegevorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)**
   Die Rentenansprüche aus diesen Bausteinen (inkl. der entsprechenden Ansprüche aus Vorversicherungen der letzten 5 Jahre ohne Untersuchung) müssen getrennt behandelt werden. Der jeweils größere Untersuchungsumfang ist ausschlaggebend.
4. **Rentenversicherung mit Beitragsbefreiung (B) oder nur geringer BU-/DU-Rente**
   Als Risikosumme (Berufsunfähigkeitsleistung-/Dienstunfähigkeitsleistung) gilt der Bruttojahresbeitrag aller Bausteine abzüglich der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-Bausteine. Maßgebend ist die Grenze für Untersuchungen für den Baustein Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge. Gleiches gilt, wenn die BU-/DU-Rente geringer als die Beitragsbefreiung ist.
5. **Pflegevorsorge – Zusatzbaustein Kapitalzahlung bei schwerer Pflegebedürftigkeit**
   Der Umfang der Risikoprüfung wird über die Untersuchungsgrenzen für die Pflegerente mit abgedeckt.

Hinweise zum automatischen Anfordern von Ärztlichen Berichten: siehe Rückseite.

Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge		
Todesfallkapital ab	Eintrittsalter	Untersuchungen
500.001 EUR	15 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen)
1.000.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen)
4.000.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler

E----0105Z0 (36V) 0.12.23
PESVA01663

Bausteine zur Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)		
Berufsunfähigkeits-/Dienst-unfähigkeits-/KSP-Leistungen jährlich ab (B siehe Ziffer 4)	Eintrittsalter	Untersuchungen
36.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucher-tarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge)
90.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtraucher-tarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge), Stressecho-kardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen im Rahmen der Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeitsvorsorge), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler

Baustein zur Pflegevorsorge		
Pflegevorsorge ab	Eintrittsalter	Untersuchungen
30.001 EUR	15 – 29 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest
	30 – 70 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP
36.001 EUR	15 – 54 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP
	55 – 64 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Abdomensonografie
	65 – 70 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest, NT-proBNP, Abdomensonografie, Echokardiografie

Anfrage bei der zuständigen Abteilung:
– generell bei Eintrittsaltern bis 14 Jahre (Hinterbliebenenbaustein)
– Berufsunfähigkeitsvorsorge ab Eintrittsalter 61
– Hinterbliebenenvorsorge ab Eintrittsalter 61
– Pflegevorsorge ab Eintrittsalter 71 Jahre.

M-Check:
Alternativ zur ärztlichen Untersuchung (gemäß E----0105) ist auch die Verwendung des „M-Check“ (Dienstleister medicals direct GmbH) möglich.

Die Regelungen bezüglich der Kostenübernahme und zur Summenberechnung gelten analog der ärztlichen Untersuchung.

Für die Beauftragung des M-Checks gelten folgende Höchstgrenzen:
– Todesfallsumme bis 4.000.000 EUR
– BU-/KSP-Vorsorge bis 90.000 EUR/Jahr
– Pflege-Rente keine Begrenzung

Anforderung von Summen-HZ (Ärztlicher Bericht vom Hausarzt):
Um sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz nicht durch irrtümlich vergessene Angaben zum Gesundheitszustand gefährdet wird, fordern wir ab bestimmten Eintrittsaltern und Versicherungsleistungen einen Ärztlichen Bericht vom Hausarzt bzw. dem Arzt an, der am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person Bescheid weiß. Maßgebend ist die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes.

- **Baustein Hinterbliebenenvorsorge:**
  Risikoversicherung (L0) und gemischte Tarife:
  – Eintrittsalter ab 55: Todesfallleistung ab 200.001 EUR*)
- **Baustein BU-/DU-Vorsorge/KSP:**
  – Eintrittsalter ab 50: BU-/DU-Rente/KSP ab 12.001 EUR*)
- **Baustein Pflegevorsorge:**
  – Eintrittsalter ab 50: Pflegerente ab 24.001 EUR*)

*) Ist im Antrag ein Hausarzt angegeben, wird die zuständige Abteilung bei diesem direkt ein hausärztliches Zeugnis anfordern; ist kein Hausarzt genannt, veranlassen Sie bitte sofort eine ärztliche Untersuchung mit dem Druckstück E----0105Z0.

E----0105Z0 (36V) 0.12.23 PESVA01663

Allianz Lebensversicherungs-AG
Deutsche Lebensversicherungs-AG

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

vielen Dank für Ihren Versicherungsantrag.

Zur Bearbeitung des Antrags benötigen wir die Ergebnisse der unten angekreuzten ärztlichen Untersuchungen.

Bitte geben Sie den vorbereiteten Untersuchungsauftrag zusammen mit dem Untersuchungsformular (Ärztliches Zeugnis – Druckstück E----0105Z0) dem Arzt .

Bitte beachten Sie: Da bei der Untersuchung auch eine Blutuntersuchung erfolgt, bitten wir Sie nüchtern zur Untersuchung zu kommen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG/Deutsche Lebensversicherungs-AG

bitte hier abtrennen

Allianz Lebensversicherungs-AG
Deutsche Lebensversicherungs-AG

Untersuchungsauftrag

Herrn/Frau
Dr. med. _____

Für Herrn/Frau _____ geb. am _____
wurde eine Personenversicherung beantragt.

Bitte nehmen Sie nur die angekreuzten Untersuchungen vor.

	Honorar:
☐ Untersuchung nach dem beigefügten Druckstück E----0105Z0 und Blut-/Urinuntersuchung (nüchtern: Blutsenkung (BSG/BKS), kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, Urinstreifentest)	145 EUR (inkl. Laborkosten)
☐ HIV-Test (bei positivem Suchtest mit Bestätigungstest)	30 EUR (inkl. Laborkosten)
☐ Cotinin im Urin (nur für Nichtraucher, die einen Nichtrauchertarif beantragt haben)	55 EUR (inkl. Laborkosten)
☐ Stressechokardiografie	268 EUR
☐ Carotis-Doppler (Doppleruntersuchung der hirnversorgenden Arterien gemäß GOÄ 645)	128 EUR
☐ Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)	26 EUR
☐ Abdomensonografie	65 EUR
☐ Echokardiografie	95 EUR
☐ NT-proBNP	33 EUR (inkl. Laborkosten)

Gesamt-Honorar inklusive Laborkosten: _____ EUR

☐ **Alternativ** (bitte ankreuzen): Die Laborkosten werden vom Leistungserbringer gesondert in Rechnung gestellt. Ich bin damit einverstanden, dass das verbliebene Honorar erst nach Eingang der Laborkostenrechnungen an mich überwiesen wird.

Das Honorar ist zu überweisen:

IBAN-Nr.: _____ BIC-Nr. _____

Geldinstitut: Bank, Sparkasse, Postbank _____

Kontoinhaber: _____

Rechnungsnummer: _____

Sollten Sie mit den aufgeführten Honoraren nicht einverstanden sein, nehmen Sie die Untersuchung bitte nicht vor.

Kosten, die durch nicht verlangte, aber trotzdem durchgeführte Untersuchungen entstehen, kann die Gesellschaft nicht übernehmen.

Eine ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer ist in den Beträgen enthalten.

Sollten Sie mit der zu untersuchenden Person in einem Partnerschaftsverhältnis (dienstlich oder privat) stehen oder verwandt oder verschwägert sein, bitten wir, die Untersuchung nicht vorzunehmen.

_____
Unterschrift und Stempel des Auftraggebers (Vermittler/Verwaltungsabteilung)

E----0105Z0 (36V) 0.12.23
PESVA01663

An
☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG

10895 Berlin

Allianz

Vermittler (Stempel)

Antrag/Versicherungs Nr. _____

Ärztliches Zeugnis

über Herrn/Frau _____ Vorname(n) _____ geb. am _____
(auch Geburtsname)

Anschrift: _____

Beruf: _____
(genaue Angaben über die Beschäftigung)

Die zu versichernde Person ist dem Untersuchungsarzt persönlich als Patient bekannt. ☐ ja ☐ nein

Identifizierung durch Personalausweis/Reisepass.

_____
Identifikationsnummer

Teil I: Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt

Ich bin mit dem/r untersuchenden Arzt/Ärztin in **keinem Partnerschaftsverhältnis** (dienstlich oder privat) und auch **nicht verwandt** oder **verschwägert**.

Damit Ihr Versicherungsantrag ordnungsgemäß geprüft werden kann, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und möglichst detailliert beantworten.

Dazu gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes, wegen denen Sie bei einem Arzt oder Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten) in Behandlung waren.

Die aufgelisteten Beispiele unterhalb der Fragestellung erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es kann vorkommen, dass Fragen bejaht werden müssen, obwohl die betreffende Gesundheitsstörung nicht in der Aufzählung enthalten ist. Hier bitten wir um eine genaue Erläuterung anhand der in der jeweiligen Frage genannten Kriterien.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit großer Sorgfalt, vollständig und wahrheitsgemäß. Andernfalls kann Ihr Versicherungsschutz gefährdet sein.

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: Unbefristet

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja" beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen: Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

1. Bestanden **jemals** oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden im Rahmen von **bösartigen Tumoren (Krebs, auch Frühstadien)**? z. B. Melanom, Basaliom (Hautkrebs), Darmkrebs, Muskel- oder Knochentumor (Sarkom), Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata), Polyzythämie (zu viele rote Blutzellen), Leukämie (Blutkrebs)	☐ ja ☐ nein	Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift)
2. Wurden Sie **jemals** oder werden Sie mit einer **Chemo- oder Strahlentherapie** behandelt? **Falls ja**, wann, weshalb (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?	☐ ja ☐ nein	
3. Haben Sie **jemals** einen **Selbsttötungsversuch** unternommen? **Falls ja**, wann?	☐ ja ☐ nein	_____ Jahr
4. Haben Sie **jemals** aus **gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt**? **Falls ja**, wann und weshalb?	☐ ja ☐ nein	
5. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine **Rente oder Pension**? **Falls ja**, Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?	☐ ja ☐ nein	
6. Bestehen bei Ihnen **angeborene Erkrankungen**? z. B. Herz- oder Herzklappenfehler **Falls ja**, welche?	☐ ja ☐ nein	
7. Besteht ein **Grad der Behinderung (GdB)** oder eine **Erwerbsminderung (GdS/ehemals MdE)** oder eine **Wehrdienstbeschädigung (WDB)**? **Falls ja**, Angabe des **Grades** Alternativ kann auch eine Kopie des aktuellen Anerkennungsbescheides beigelegt werden.	☐ ja ☐ nein	**Grad:** _____ **Grund**: _____ _____

PESVA01663

E----0105Z0 (36V) 0.12.23

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 10 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

		Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift)
8. Sind Sie in den **letzten 10 Jahren** wegen Erkrankungen oder Störungen in den unten aufgeführten Bereichen von Ärzten oder sonstigen Therapeuten untersucht oder behandelt worden? a) des **Herzens**? z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche	☐ ja ☐ nein	
b) des **Kreislaufs** oder der **Gefäße**? z. B. Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)	☐ ja ☐ nein	
c) des **Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks**? z. B. Seh-, Sprach-, sensorische Störungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung oder Migräne	☐ ja ☐ nein	
d) der **Wirbelsäule**, des **Rückens**, des **Nackens**? z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie	☐ ja ☐ nein	
e) der **Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung-** oder **sonstiger Gelenke inkl. Sehnen** oder **Knochen** oder **Muskulatur**? z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenkabnutzung), Arthritis (Entzündung), Bandverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Fibromyalgie, Osteoporose	☐ ja ☐ nein	
f) der **Haut** oder **Allergien**? z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen	☐ ja ☐ nein	
g) der **Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase-/wege, Magen, Darm)**? z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch, Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm)	☐ ja ☐ nein	
h) des **Blutes**, der **blutbildenden Organe**, der **Milz**? z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung	☐ ja ☐ nein	
i) im Rahmen von **Infektions-** oder **Autoimmunkrankheiten**? z. B. COVID-19, Hepatitis, HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthritis	☐ ja ☐ nein	
j) der **Psyche**? z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, psychosomatische oder somatoforme Störung	☐ ja ☐ nein	
9. Werden oder wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** wegen **Alkoholkonsums, Medikamentenabhängigkeit, Spiel-** oder **Internetsucht beraten** oder **behandelt**? **Falls ja**, wann, von wem (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?	☐ ja ☐ nein	
10. Nahmen Sie in den **letzten 10 Jahren** oder nehmen Sie **Drogen** oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice **Falls ja**, welche, wann, Name und Anschrift beratenden / behandelnden Personen/Stellen?	☐ ja ☐ nein	
11. Fanden in den **letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante)** statt oder sind diese vorgesehen bzw. empfohlen? **Falls ja**, wann, weshalb, Kontrolluntersuchungen (Name und Anschrift, Fachrichtung des Arztes/der Klinik)? **Nicht anzugeben sind:** Blinddarmoperationen, Nasenscheidewandoperationen, Operationen grauer Star, Zahnoperationen, Mandeloperationen.	☐ ja ☐ nein	
12. Sind Sie in den **letzten 10 Jahren** in **Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien stationär** untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt? **Falls ja**, wann, weshalb (Name und Anschrift des Instituts)? **Nicht anzugeben sind:** Aufenthalte wegen Entbindung, Blinddarmentfernung, Mandelentfernung.	☐ ja ☐ nein	

E----0105Z0 (36V) 0.12.23
PESVA01663

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 5 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

		Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte/Therapeuten (mit Anschrift)
13. Sind Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Erkrankungen oder Störungen in den unten aufgeführten Bereichen von Ärzten oder sonstigen Therapeuten untersucht oder behandelt worden? a) der **Geschlechtsorgane** (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)? z. B. auffälliger PAP-Test, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert	☐ ja ☐ nein	
b) des **Stoffwechsels**, des **Hormonhaushaltes**? z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht	☐ ja ☐ nein	
c) der **Augen**? z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie/Weitsichtigkeit, Myopie/Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirugie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung	☐ ja ☐ nein	Dioptrien rechts ___ links ___ Cyl rechts ___ links ___ Visus rechts ___ links ___
d) des **Halses**, der **Nase**, der **Ohren**? z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit	☐ ja ☐ nein	
e) der **Atemwege**? z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf	☐ ja ☐ nein	
f) der **Harnorgane**? z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion	☐ ja ☐ nein	
14. Haben Sie in den **letzten 5 Jahren Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen** erlitten? z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen mit bleibenden Organschäden	☐ ja ☐ nein	
15. Nahmen Sie in den **letzten 5 Jahren** oder nehmen Sie **regelmäßig** oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? **Falls ja**, wann, welche und weshalb?	☐ ja ☐ nein	

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 3 Jahre

Anzugeben sind nur solche Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden, wegen denen die zu versichernde Person bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung war. Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

16. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig? **Falls ja**, wann, weshalb, Dauer? Bei Krankschreibung bitte Angabe des Arztes/der Klinik (Name und Anschrift):	☐ ja ☐ nein	
17. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der **letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen, die durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt wurden**? z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche **Falls ja**, bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen (inkl. Name und Anschrift der beratenden/behandelnden Personen):	☐ ja ☐ nein	

PESVA01663
E----0105Z0 (36V) 0.12.23

weitere Fragen

18. Haben Sie derzeit oder in den letzten 3 Monaten gesundheitliche Beschwerden in den zuvor genannten Bereichen (Frage 1–17), die nicht mit einer Untersuchung oder Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten verbunden waren? **Falls ja**, welche? Folgen? ausgeheilt?	☐ ja ☐ nein	
19. **Sind Sie aktuell bei Heilpraktikern, Krankengymnasten, Physiotherapeuten**, außer den in den bisherigen Fragen bereits genannten, zur Untersuchung, Beratung, Behandlung? **Falls ja**, wann, weshalb (Name und Anschrift des Behandlers)?	☐ ja ☐ nein	
20. **Angabe zum Rauchverhalten** (bitte die zutreffende Aussage ankreuzen):		☐ **Ich bin seit mindestens 10 Jahren Nichtraucher.** *Mindestens 10 Jahre Nichtraucher ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.* ☐ **Ich bin seit mindestens 1 Jahr Nichtraucher.** *Mindestens 1 Jahr Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.* ☐ **Ich bin Raucher.** *Raucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv geraucht hat.* Rauchen meint zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter das Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn), die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha) sowie das Konsumieren von Schnupf- und Oraltabak (zum Beispiel Snus).
21. Welchen **Arzt suchen** Sie **gewöhnlich auf** (Hausarzt)?		Name und Anschrift Wann und weshalb (Diagnose)
22. Welchen **Arzt** haben Sie **zuletzt aufgesucht**?		Name und Anschrift Wann und weshalb (Diagnose)

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet, und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.
Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die Allianz Lebensversicherungs-AG/ Deutsche Lebensversicherungs-AG weitergegeben wird.

Die einleitenden Hinweise auf Seite 1 des Ärztlichen Zeugnisses habe ich gelesen.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

PESVA01663

E----0105Z0 (36V) 0.12.23

Fragebogen genetische Untersuchungen oder Analysen

(Nur bei einer bei Vertragsschluss vereinbarten, garantierten **Versicherungssumme ab 300.001 EUR** oder einer garantierten jährlichen **Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Pflege-/Hinterbliebenenrente** oder Rente aus der **KörperSchutzPolice ab 30.001 EUR** zu beantworten.)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erfolgten **genetische Untersuchungen oder Analysen**? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann und mit welchem Befund?

_____

_____

_____

Falls ja, bitte Angabe des Arztes/des durchführenden Institutes/der Klinik (Name und Anschrift):

_____

_____

_____

Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren **leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern** Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche Erkrankungen oder Fehlbildungen und in welchem Alter?
(KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)

_____

_____

_____

Die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen und den genannten Zusatzblatt/-blättern.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

E----0105Z0 (36V) 0.12.23 PESVA01663

Teil II: Untersuchungsbefund

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

1. Haben Sie die zu versichernde Person in den **letzten 10 Jahren bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt**? **Falls ja**, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben? Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.	☐ ja ☐ nein	
2. **Untersuchung (bitte nur heute in der Praxis gemessene Werte eintragen)**		Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Bauchumfang: _____ cm
3. **Herzauskultation und Blutdruckmessung** a) Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche/-töne? **Falls ja**, bitte kurze Beschreibung. Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiografie für sinnvoll?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein	
b) **Blutdruck und Pulsfrequenz:** Wurden die nachfolgenden Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen? Ggf. welche?	☐ ja ☐ nein	

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

	Pulsschläge je Minute	davon Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.
Erste Messung: linke Seite				
Erste Messung: rechte Seite				
Ggf. zweite Messung: linke Seite				
Ggf. zweite Messung: rechte Seite				

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?

(Sofern in den letzten 12 Monaten ein 24-Stunden-EKG durchgeführt wurde, bitte Ergebnis beifügen.)

Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.

4. **Haben Sie in den folgenden Bereichen weitere auffällige Befunde während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?** a) **Herz-Kreislauf-Systems:** z. B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanose, Lymphknotenschwellungen, Varizen	☐ ja ☐ nein	
b) **Atmungsorgane:** z. B. Auskultations-, Perkussionsbefunde	☐ ja ☐ nein	
c) **Verdauungsorgane:** z. B. Palpationsbefunde, Leber-, Milzgröße, Hernie	☐ ja ☐ nein	
d) **Harn- und Geschlechtsorgane:** z. B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager	☐ ja ☐ nein	
e) **Haut und Schleimhäute:** z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen, Spider naevi	☐ ja ☐ nein	
f) **Sinnesorgane:** z. B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen	☐ ja ☐ nein	

E----0105Z0 (36V) 0.12.23
PESVA01663

g) **Nervensystem:** z. B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnervenauffälligkeiten	☐ ja ☐ nein	
h) **Bewegungsapparat:** z. B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenksbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Endoprothesen (TEP), Orthesen	☐ ja ☐ nein	
i) **Sonstiges:** z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche	☐ ja ☐ nein	

Wenn ja, welche? _____

5. **Aktuelle Laboruntersuchungen (mit Datumsangabe)** Datum _____

a) **Urinuntersuchung: Ergebnis des Streifentests** ☐ siehe beiligendes Laborblatt

Leukozyten		Keton	
Nitrit		Urobilinogen	
Ph-Wert		Bilirubin	
Protein		Blut	
Glucose		Hämoglobin	

b) **Blutuntersuchungen**
Bitte Laborblatt beifügen.

6. **Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen.**
Welche Befunde wurden mitgeteilt? ☐ keine

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten AUFFÄLLIGE BEFUNDE mitzuteilen, aber keine Bewertung der Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft NUR VERSCHLOSSEN übergeben werden.

Bitte senden Sie uns vorhandene Befunde und Berichte, auch von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Fachärzten usw. (sofern möglich als Kopie) zur Einsichtnahme.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Etwas anderes gilt, wenn die beantragte **Kapitalleistung 300.000 EUR übersteigt** oder eine **Jahresrente** von **mehr als 30.000 EUR** versichert werden soll. In diesen Fällen dürfen wir auch Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen anfordern, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Wir werden die entsprechenden Unterlagen in diesem Fall direkt bei Ihrem Patienten/Ihrer Patientin anfordern.

Sofern die Grenzen überschritten werden, lassen Sie bitte die Erklärung auf Seite 5 von Ihrem Patienten beantworten und unterschreiben.

In jedem Fall bitten wir Sie jedoch, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen des Patienten/der Patientin anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____

Bitte reichen Sie zusammen mit dem Untersuchungsergebnissen auch den **Untersuchungsauftrag** mit ein, den Sie bitte noch um Ihre Bankverbindung ergänzen.

PESVA01663
E----0105Z0 (36V) 0.12.23