

Gesundheitsfragebogen

Die folgenden Fragen sollen als Selbstauskunft beantwortet werden. Die Hannoversche Alterskasse VVaG und die Hannoversche Pensionskasse VVaG sind Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. In ihrer Verantwortung gegenüber der Versichertengemeinschaft müssen sich die Hannoverschen Kassen Klarheit darüber verschaffen, ob schon bei Beginn des Versicherungsverhältnisses erkennbar ist, dass in absehbarer Zeit eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden muss. Wir bitten deshalb um Ihr Verständnis.

Frau Herr _____
 (Titel) (Name) (Vorname) (Geb.-Datum)

 (Adresse: Straße, Nr., PLZ, Ort)

 (Telefon)

 (E-Mail-Adresse)

Ja
Nein

1. Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt? Wenn ja, welchen?
2. Haben Sie im letzten Jahr eine amtsärztliche Untersuchung vornehmen lassen?
Wenn ja, fügen Sie bitte das Ergebnis bei.
3. Ist Ihre Aufnahme in eine Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Rentenversicherung auf Grund Ihrer gesundheitlichen Situation schon einmal abgelehnt worden? Wenn ja, warum?
4. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren längere Arbeitsunfähigkeitszeiten ab 4 Wochen? Wenn ja, warum?
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionseinschränkungen
 - 5.1 der Atmungsorgane (z.B. Nasennebenhöhleninfektionen, Heuschnupfen, Kehlkopferkrankungen)?
 - 5.2 des Herzens oder der Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck, Thrombose, Brustschmerzen)?
 - 5.3 der Nieren, der Harnwege oder Geschlechtsorgane (z.B. Brustdrüsen)?
 - 5.4 der Verdauungsorgane (z.B. Bauchspeicheldrüsen-, Gallenblasen-, Leber-, Magen-, Darmerkrankung)?
 - 5.5 des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Cholesterin- oder Harnsäureerhöhung)?
 - 5.6 der Augen (z.B. Netzhautablösung)?
 - 5.7 der Ohren (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit)?
 - 5.8 des Rückens oder Nackens (z.B. Wirbelsäulen- oder Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen)?
 - 5.9 der Knochen, Gelenke und Muskeln (z.B. Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen)?
 - 5.10 der Haut (z.B. Allergien)?
 - 5.11 der Drüsen (z.B. Hormonstörung), der Milz oder des Blutes?
 - 5.12 des Gehirns (z.B. Migräne, häufige Kopfschmerzen) oder der Nerven (z.B. Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?
 - 5.13 der Psyche (z.B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung)?
 - 5.14 Suchterkrankungen (z.B. Drogen, auch regelmäßiger Nikotin- oder Alkoholgenuß)?
 - 5.15 Essstörungen?
 - 5.16 Infektionskrankheiten, die länger als 1 Monat andauerten?
 - 5.17 Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen?
6. Gibt es in Bezug auf eine Ihrer Erkrankungen familiäre Vorbelastungen / Risiken (z.B. Schlaganfall oder Herzinfarkt)?
7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat täglich Medikamente oder an mehr als 30 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?
8. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in regelmäßiger Behandlung von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder Psychologen?

Weiter auf der Rückseite

9. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (z.B. Kuren, Reha-Maßnahmen, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen- oder Chemotherapie)?
10. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver HIV-Test)?
11. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen?
Grad der Behinderung: _____ %
12. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen?
13. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Größe und Ihrem Gewicht:
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Bitte geben Sie zu allen Fragen, die Sie mit „Ja“ beantwortet haben, nähere Einzelheiten an:

Frage Nr.	Art der Erkrankung, Behandlung, Operation, Verletzung, Bestrahlung, Untersuchungsergebnisse, Name des Medikaments	Wann? Wie lange? Welche? Geheilt? Folgen?	Behandelnder Arzt, Heilpraktiker, Therapeut, Psychologe, Krankenhaus, Klinik (Name und Anschrift)

Falls erforderlich verwenden Sie für weitere Angaben bitte ein gesondertes Blatt.

Name und Anschrift des Hausarztes und weiterer behandelnder Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten, Psychologen:

(Titel)	(Name)	(Vorname)	(Straße, Nr.)	(PLZ)	(Ort)	(Fachbereich)
(Titel)	(Name)	(Vorname)	(Straße, Nr.)	(PLZ)	(Ort)	(Fachbereich)
(Titel)	(Name)	(Vorname)	(Straße, Nr.)	(PLZ)	(Ort)	(Fachbereich)

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich entbinde die genannten Behandler von ihrer Schweigepflicht.

Die Informationen zum Datenschutz nach § 13 DSGVO sind auf unserer Homepage verfügbar.

(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)
-------	---------	----------------

Auskunfts- und Anzeigepflichten

Der Kasse sind alle für die Versicherung notwendigen Auskünfte zu geben und auf Verlangen zu belegen. Die vorvertragliche Anzeigepflicht für den Antragsteller auf Einzelmitgliedschaft bzw. die anmeldende Einrichtung umfasst alle Gefahrumstände, die für die Übernahme des Versicherungsrisikos erheblich und bei der Anmeldung bekannt sind oder bis zum Zugang der Anmeldebestätigung bekannt werden. Ist entgegen dieser Vorschrift ein das Versicherungsverhältnis betreffender erheblicher Gefahrumstand schuldhaft nicht, unvollständig oder unrichtig angezeigt worden, so kann die Kasse vom Vertrag zurücktreten. Im Übrigen finden die §§ 19 ff. des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzende Anwendung. Durch nicht oder verspätet gegebene Auskünfte bzw. durch unterlassene oder verspätete Mitteilung entstandene Nachteile haben das Mitglied bzw. die Leistungsempfänger zu tragen.