



Zusätzliche Erklärungen

zum Antrag auf Lebensversicherung
 ARAG Lebensversicherungs-AG
 Prinzregentenplatz 9
 81675 München
 Telefon (0 89) 41 24-01
 Fax (0 89) 41 24-25 25

zum Antrag auf Krankenversicherung
 ARAG Krankenversicherungs-AG
 Prinzregentenplatz 9
 81675 München
 Telefon (0 89) 41 24-02
 Fax (0 89) 41 24-25 25

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Antragsteller

Zu vers. Person (wenn nicht zugleich Antragsteller)

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Fragen aus.

1. Allergische Erkrankungen/Asthma

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Asthma bronchiale, Neurodermitis)?

2. Art der Beschwerden (z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeit, Heuschnupfen, Augenjucken, Ekzeme, Insektenstiche, Husten, Luftnot, Herzbeschwerden)?

3. Beschwerden bei (z.B. Hausarbeit, Berufstätigkeit, Umgang mit Tieren, körperlicher Anstrengung, Nahrungsmitteln, witterungsbedingt, Farbstoffen, Kosmetika, Chemikalien, Metallen)?

4. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

- Wann zuletzt?

5. Bestehen oder bestanden jemals asthmatische Beschwerden? ja nein

- Wie oft (Jahreszeit, unregelmäßig)?

- Zeitdauer der Anfälle?

- Bei welchen Gelegenheiten?

6. Wurde ein Allergietest durchgeführt (ggf. Kopie des Allergiepasses beifügen)?

 ja nein

7. Folgende Stoffe/Substanzen rufen allergische Reaktionen hervor

8. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

9. Wie wurde/wird behandelt (bei Medikamenten bitte Namen u. Dosierung angeben)?

10. Wurde eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt oder ist eine solche vorgesehen? ja nein

- Wann und mit welchem Erfolg?

11. Wurde eine bestimmte Diät verordnet? ja nein

- Wenn ja, welche?

12. Welche Behandlungen waren erforderlich bzw. sind geplant (z.B. ambulant, stationär, Kur/Sanatorium; Name und Adresse der Klinik)?

13. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

2. Augenerkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Grauer Star, Glaukom)?

2. Welches Auge ist betroffen?

3. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde/wird behandelt (bei Medikamenten bitte Namen u. Dosierung angeben)?

5. Wurden Sie operiert? ja nein

- Art der Operation?

6. Wurde der Krankheitszustand durch die Operation behoben? ja nein

7. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen? ja nein

- Wenn ja, welche?

- Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein

8. Falls Brillen-/Kontaktlinsenträger

- Welche Stärken haben Ihre Gläser/Linsen?

- Wann hat sich die Sehstärke zuletzt geändert?

- Ergebnis der Augeninnendruckmessung

9. Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich (z.B. Laserung)?

10. Was ist die Ursache der Erkrankung (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)?

11. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

3. Frauenkrankheiten

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Myom, Zyste)?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

a) Unterleib: Gebärmutter, Eierstöcke (z.B. Schmerzen, Blutungen, Ausfluss)?

b) Brustbeschwerden (z.B. Entzündung, Verhärtung, Zysten)?

3. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

- Wann zuletzt?

4. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

5. Wie wurde/wird behandelt (z.B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)?

6. Welche Medikamente nehmen Sie noch ein (Namen u. Dosierung angeben)?

7. In welchen Zeitabständen müssen Sie sich einer Kontrolluntersuchung unterziehen?

8. Hatten Sie Fehlgeburten? ja nein

- Wenn ja, wann?

- Ursache?

9. a) Liegt eine Sterilität vor? ja nein

b) Besteht unerfüllter Kinderwunsch? ja nein

10. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

11. Sind Sie jetzt vollkommen gesund? ja nein

12. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

4. Gehörerkkrankung, Schwerhörigkeit

- Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Meniere'sche Erkrankung, Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit. Auf welchem Ohr?)?
- Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?
- Wann und wie kam es zu der Gehörerkkrankung?
- Tragen Sie ein Hörgerät oder ist es geplant? ja nein
- Besteht eine Durchlöcherung des Trommelfells? ja nein
- Ist der Hörnerv noch intakt? ja nein
- Wie hoch ist Ihr restliches Hörvermögen?
- Leiden/litten Sie an Schwindelanfällen? ja nein

 - Wann zuletzt?
- Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein
- Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?
- Wie wurde/wird behandelt (bei Medikamenten bitte Namen u. Dosierung angeben)?
- Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

 - Wenn ja, welche?
- Ist der Krankheitszustand operativ zu beheben (z. B. Chip-Implantation)? ja nein
- Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich?
- Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

5. Hauterkrankungen

- Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergie)?
- Was ist die Ursache der Erkrankung?
- Ist es eine akute oder chronische Erkrankung?
- An welchen Körperstellen ist die Hauterkrankung aufgetreten?
- In welchem Umfang (Größe der Flächen)?
- Zu welchen Zeiten (einmalig, schubweise, ganzjährig)?
- Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?
- Wie wurde/wird behandelt (bei Medikamenten bitte Namen u. Dosierung angeben)?
- Sind Organe/Gelenke beteiligt? ja nein

 - Wenn ja, welche?
- Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden? ja nein

 - Wann, wo?
- Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

 - Wenn ja, welche?

 - Wenn nein, seit wann sind Sie beschwerdefrei?
- Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich (z.B. Klimakur)?
- Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

6. Herz-, Blutgefäß- und Kreislaufkrankungen

- Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Herzinfarkt, hoher/niedriger Blutdruck, Angina pectoris, Durchblutungsstörungen, Klappenfehler)?
- Welche Beschwerden/Symptome hatten Sie bzw. haben Sie (z.B. Herzklopfen, Atemnot, Beängstigung, Herzschmerzen, Schwindel oder Gefühlsstörungen in den Extremitäten)?

 - Wann und wie lange traten sie im Einzelnen auf?
- Ursache der Erkrankung?
- Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?
- Wie wurde/wird behandelt (Bei Medikamenten bitte Namen u. Dosierung angeben)?
- Wann wurde zuletzt ein EKG gemacht?

 - Ruhe-EKG?

 - Belastungs-EKG?

 - Langzeit-EKG?

 - Ergebnis?
- Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden? ja nein

 - Wann, wo?
- Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

 - Wenn ja, welche?
- Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung:

 - ohne Medikamenteneinnahme? Wert Datum

 - mit Medikamenteneinnahme? Wert Datum
- Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (z.B. Herzkatheteruntersuchung)?
- Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein
- Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

7. Krampfadern, Venenerkrankungen, Hämorrhoiden

- Wie wurde die Krankheit ärztlicherseits bezeichnet?
- Welche Beschwerden bzw. Symptome hatten bzw. haben Sie (z.B. Thrombose, Embolie)?
- Bei Krampfadern:

 - Wo bestehen sie?

 - In welcher Ausprägung (leicht, mittel, schwer)?
- Sind Geschwüre, offenes Bein vorhanden? ja nein

 - Wo befinden sich diese?
- Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?
- Wie wurde/wird behandelt (z.B. Gummistrümpfe, Bandagen; bei Medikamenten Namen u. Dosierung angeben)?
- Wurden Sie operiert? ja nein

 - Wann?

 - Welche Seite?

 - Art der Operation?
- Wurde durch die Operation völlige Heilung erzielt? ja nein
- Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein

 - Wenn ja, welche?
- Sind Sie vollständig gesund? ja nein
- Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?
- Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

8. Magen-, Darm-, Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Gallenerkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Speiseröhren-, Magen-, Darm-, Gallenblasen-, Leber-, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Reizmagel, Reizdarm, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Verdauungsstörungen, chronische entzündliche Darmerkrankung, Divertikulitis, Divertikulose, Polypen, Hämorrhoiden I., II., III.-Grades, Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose, Tumorerkrankung, Karzinom, Gallengangentzündung, Gallensteine)?

[]

2. Ursache (z.B. Überarbeitung, Stress, Nervosität, Medikamente, Genussgifte wie Kaffee, Rauchen und Alkohol, Virusinfektion, Varizen der Speiseröhre, Gallensteine)?

[]

3. Art der Beschwerden (Schmerzen im Oberbauch, Unterbauch, Völle-, Druckgefühl, Sodbrennen, krampfartige Schmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Blähungen, Verstopfung, Blut im Stuhl, Koliken)?

[]

4. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf und wie lange dauerten sie?

[]

5. Wann und wo erfolgten Behandlungen?

[]

6. Art der Behandlungen/Therapien?

[]

- Untersuchungen (z.B. Magen-Darmspiegelung, Röntgen, Ultraschall, Endoskopie); Ergebnis?

[]

- Medikamente (Namen u. Dosierung angeben)?

[]

- Wurde eine bestimmte Diät verordnet?

ja nein

- Wenn ja, welche?

[]

- Gewichtsveränderungen in den letzten 12 Monaten um [] kg, zugenommen [] kg, abgenommen [] kg

7. Welche Operationen wurden durchgeführt (z.B. Gallenblasen-, Steinentfernung)?

[]

8. Besteht ein künstlicher Darmausgang?

ja nein

- Ist eine Rückverlegung vorgesehen?

ja nein

9. Zeitpunkt und Ergebnis der letzten Untersuchung?

[]

- Stehen Sie weiterhin in ärztlicher Behandlung?

ja nein

- Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

ja nein

- Wenn ja, welche?

[]

- Ist die Erkrankung ausgeheilt?

ja nein

10. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

[]

9. Migräne/Kopfschmerzen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

[]

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie (z.B. Übelkeit, Lichtempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Sprachstörungen, Augenflimmern, Erbrechen, Schwindel, Gefühlsstörungen, Hörstörungen)?

[]

3. Wann und wie lange traten sie im Einzelnen auf (z.B. einmalig, wiederholt, dauernd)?

[]

- In welchen Abständen?

[]

4. Welche Ursachen haben die Kopfschmerzen/Migräne?

[]

5. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

[]

6. Wie wurde/wird behandelt?

[]

7. Welche Medikamente nehmen Sie ein (Namen u. Dosierung angeben)?

[]

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (z. B. CT, EEG)?

[]

9. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

ja nein

- Wenn ja, welche?

[]

- Ist die Erkrankung völlig ausgeheilt?

ja nein

10. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

[]

10. Nieren-, Harnwegs- Prostataerkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Nieren-, Nierenbecken-, Harnwegs-, Blasenentzündung, Nieren-, Harnleiter-, Blasensteine, Wander-Senkniere, Nieren-Blasengeschwulst, Prostata-Abszess, -Entzündung, -Hyperplasie, -Tumor)?

[]

2. Was ist die Ursache der Erkrankung (z.B. Erkältung, Infektion, Harnstauung, Harnrückfluss, Harnsäure, Medikamente, Bluterkrankung, Störungen des Immunsystems, Durchblutungsstörungen, Zysten, Bluthochdruck, Diabetes, Inkontinenz)?

[]

3. Art der Beschwerden (z. B. Koliken, Blutbeimengung im Urin, schmerzhaftes Wasserlassen, Fieber, Schüttelfrost, Flankenschmerz, Klopfschmerz im Nierenlager, häufiger Harndrang, Übelkeit, Erbrechen, Abgeschlagenheit, Gewichtsabnahme, Rückenschmerzen)?

[]

4. Wann und wo erfolgten Behandlungen?

[]

5. Art der Behandlungen (z.B. Röntgen, Ultraschall)?

[]

6. Art der Operationen (z.B. Stein-, Geschwulst-, Nierenentfernung, Resektion, Dilatation)?

[]

7. Bei Einnierigkeit: Arbeitet die verbliebene Niere einwandfrei?

ja nein

8. Stehen Sie noch unter ärztlicher Kontrolle?

ja nein

- Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung:

- ohne Medikamenteneinnahme?

Wert [] Datum []

- mit Medikamenteneinnahme?

Wert [] Datum []

- Ergebnis u. Zeitpunkt der letzten Harnuntersuchung?

Wert [] Datum []

9. Welche Behandlungen sind noch geplant bzw. erforderlich?

[]

- Sind Sie zwischenzeitlich völlig gesund?

ja nein

- Bestehen noch Beschwerden/Folgen?

ja nein

- Wenn ja, welche?

[]

10. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

[]

11. Schilddrüsen- und Stoffwechselerkrankungen, Diabetes mellitus

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Kropf, Struma, Basedow, Über-/Unterfunktion, kalter oder heißer Knoten)?

[]

2. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Übergewicht (kg), Untergewicht (kg))?

[]

- Wann sind sie zuletzt aufgetreten?

[]

- Ist die Schilddrüse vergrößert?

ja nein

- Hat die Größe in den letzten Jahren zugenommen?

ja nein

[] cm

- Hat die Größe in den letzten Jahren abgenommen?

ja nein

[] cm

- Sind Knoten vorhanden?

ja nein

3. Bei Stoffwechselerkrankungen bitte Laborwerte angeben

[]

4. Wann und wo wurden Sie behandelt?

[]

5. Wurden Sie operiert?

ja nein

- Wann?

[]

6. Welche Medikamente nehmen Sie ein (Namen u. Dosierung angeben)?

[]

7. Wird mit Insulin behandelt? ja nein
 - Wenn ja, wie viele Einheiten pro Tag? _____
 - Name des Präparats? _____
8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich (Häufigkeit und Art)? _____
9. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
 - Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein
10. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)? _____

12. Verletzungen

1. Wie wurde die Verletzung ärztlicherseits bezeichnet? _____
2. Wann erlitten Sie die Verletzung? _____
3. Welche Körperteile bzw. Organe wurden verletzt (bitte auch angeben, ob rechts, links oder beidseitig)? _____
4. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt? _____
5. Wie wurde/wird behandelt (Bei Medikamenten bitte Namen u. Dosierung angeben)? _____
6. Welche weiteren Behandlungen sind noch geplant bzw. erforderlich (z. B. Metallentfernung, Krankengymnastik)? _____
7. Ist noch eine Operation vorgesehen? ja nein
 - Welcher Art (z. B. Entfernen von Platten, Verdrahtungen, Nägel etc.)? _____
8. Wer trägt die Kosten für die Folgen der Verletzung (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner)? _____
9. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
 - Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein
10. Sind Dauerfolgen zurückgeblieben bzw. zu erwarten? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
11. Beziehen Sie eine Verletztenrente? ja nein
 - Wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? _____
12. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)? _____

13. Wirbel- und Gelenkerkrankungen, Bandscheibenschäden

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Rheuma, Gelenkentzündung, -verschleiß, Schultersteife, Bewegungseinschränkung des Schultergelenks, Wirbelgleiten, Wirbelsäulenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Lumbalsyndrom, Ischias, Hexenschuss, Skoliose, Morbus Scheuermann, Morbus Bechterew, Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung, Rückgratverkrümmung)? _____
2. Welche Beschwerden hatten Sie bzw. haben Sie (z. B. Rückenschmerzen, Bewegungsstörungen, -einschränkung, Gelenkverdickung, Atem-/oder Herzbeschwerden, Kopfschmerzen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen, Blasen- oder Mastdarmstörungen)? _____
3. Wann und wie lange traten sie im Einzelnen auf (z. B. einmalig, wiederholt, dauernd)? _____
4. Welche Körperteile, Gelenke sind betroffen (Bitte genau lokalisieren; z. B. Halswirbelsäule, Schultergelenk, Kniegelenk)? _____

5. Ursache der Erkrankung (z. B. Spaltbildungen, Verschleißerscheinungen, Entzündungen, Infektionen, Blockierung, Verspannungen, Kalkablagerungen, Wirbelgleiten, Beinverkürzung, Minderwuchs)? _____
6. Wie wurden Sie behandelt (z. B. Medikamente (Namen u. Dosierung angeben), Bestrahlung, Fango, Massage, Krankengymnastik, Chirotherapie)? _____
 - Wann? _____
 - Wie oft? _____
7. Wurden Sie operiert? ja nein
 - Wann und wo? _____
 - Welche Operation erfolgte? _____
8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich (z. B. Röntgen, CT, Kernspin, Metallentfernung, Krankengymnastik, Kurzwelle, Anwendung von Wärme, Kälte und Strom, Injektionen, Korsett, Halskrawatte, Muskelkräftigung, Chirotherapie)? _____
9. Wenn es sich um einen Unfall handelt, wer trägt die Kosten für die Folgen der Verletzung (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallgegner)? _____
10. Zeitpunkt und Ergebnis der letzten Untersuchung? _____
11. Sind Sie weiterhin in ärztlicher Behandlung? ja nein
12. Welche Verhaltensweisen wurden vom Arzt empfohlen? _____
13. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
 - Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein
14. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)? _____

14. Sonstige Krankheiten

1. Wie wird die Krankheit ärztlicherseits bezeichnet? _____
2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie? _____
3. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt? _____
4. Wie wurde behandelt? _____
5. Haben Sie jetzt noch Beschwerden? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
6. Waren Sie arbeitsunfähig? ja nein
 - Wenn ja, weshalb? _____
 - Wie lange? _____
 - Wann? _____
7. Welche Behandlungen sind geplant bzw. noch erforderlich? _____
8. Wurden Sie operiert? ja nein
 - Welche Operation erfolgte? _____
 - Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung (Name, Adresse)? _____
9. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)? _____

Bei Behandlung mit Medikamenten: (immer auszufüllen)

- Sind Sie mit Medikamenten oder Heilmitteln behandelt worden? ja nein
 - Wenn ja, mit welchen? _____
 - Wann? _____
 - Nehmen Sie jetzt noch Medikamente? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____

Erklärung

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

 Datum

 Unterschrift