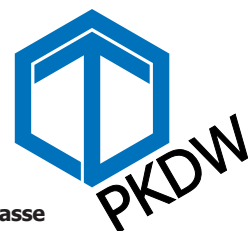


Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

beschäftigt bei: \_\_\_\_\_



**Pensionskasse  
für die  
Deutsche Wirtschaft**

Bei Rückfragen:  
Tel. (02 03) 99 219-60 Telefax -38  
E-Mail: linda.huewe@pkdw.de

<b>Gesundheits-Fragebogen</b>	Mitglieds-Nr. _____
-------------------------------	---------------------

1. **Körpergröße** cm \_\_\_\_\_ **Körpergewicht** kg \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich zurzeit gesund?  ja  nein

2. **Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen, Beschwerden**

Zutreffendes bitte ankreuzen, bei „ja“  
bitte nähere Angaben, ggf. auf gesondertem Blatt

a) des **Herzens** oder der **Kreislauforgane**  ja  nein

b) der **Atmungsorgane**  ja  nein

c) der **Verdauungsorgane**  ja  nein

d) der **Harn-** oder **Geschlechtsorgane**  ja  nein

e) des **Gehirns** oder **Rückenmarks**, der **Nerven**, an Gemüts- oder Geistesstörungen einschl. **Selbsttötungsversuch**  ja  nein

f) der **Augen** oder **Ohren**  ja  nein

g) der **Gelenke** einschl. **Wirbelsäule**  ja  nein

h) der **Drüsen**, der **Milz**, des **Blutes** einschl. **Zuckerkrankheit**  ja  nein

i) von **Geschwülsten**, insbesondere **Krebs**  ja  nein

k) der **Haut** oder **Knochen**  ja  nein

l) von **Infektionskrankheiten** einschl. **HIV-positiv**  ja  nein

m) an **sonstigen Krankheiten, Gebrechen, körperlichen Fehlern oder Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist  ja  nein

3. a) Haben Sie **Unfälle, Verletzungen** oder **Vergiftungen** erlitten  
Welcher Art? Folgen?  ja  nein

b) Liegt **Erwerbsminderung** oder **Behinderung/Schwerbehinderung** vor oder wurde eine solche beantragt?  
Wieviel % sind anerkannt?  
**Bitte Kopie ärztlicher Unterlagen beilegen**  ja  nein

c) Bezogen, beziehen oder beantragten Sie eine **Kriegs-, Unfall-, Invalidenrente** oder **Pension**? Grund?  
**Bitte Kopie des Rentenbescheids beilegen**  ja  nein

4. Wurden Sie operiert oder ist eine **Operation** vorgesehen?  ja  nein

5. Sind von **Gesundheitsstörungen** oder **Verletzungen Folgen** zurückgeblieben?  ja  nein

Vorstehende Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und keine Krankheiten oder Gebrechen verschwiegen. Die gesonderten Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung\* habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt und die Kenntnisnahme dieser Hinweise. Des Weiteren habe ich die Ermächtigung zur Entbindung der Schweigepflicht\* zur Kenntnis genommen und mache auch diese Erklärung mit meiner Unterschrift zum Inhalt des Vertrages. \*Siehe Rückseite

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Antragstellers)

(bei zu versichernden Minderjährigen  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Antwort

**Pensionskasse  
für die Deutsche Wirtschaft  
Postfach 10 1054  
47010 Duisburg**

Die Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes haben im Allgemeinen zu Verbesserungen für die Versicherungsnehmer geführt. Insbesondere bei der Definition von Anzeigepflichtverletzungen und den daraus resultierenden Folgen ergeben sich Änderungen, über die die Pensionskasse für die Deutsche Wirtschaft (PKDW) ihre Mitglieder zu informieren hat. Die derzeit gültige Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

### **1. Gesonderte Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**

Der Umfang Ihrer Anzeigepflicht ist nach den gesetzlichen Vorschriften auf Umstände beschränkt, nach denen die PKDW Sie vor Vertragsschluss in Textform gefragt hat. Sie sind in diesem Rahmen verpflichtet, die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für die Vertragserklärungen (z.B. Annahmeerklärung) erheblich sind, anzuzeigen. Soweit die PKDW im Zeitraum nach Ihrer Vertragserklärung bis zur Vertragsannahme weitere Fragen an Sie in Textform stellt, sind Sie auch insoweit zur wahrheitsgemäßen Beantwortung dieser Fragen verpflichtet.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht, kann die PKDW vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist allerdings ausgeschlossen, wenn Sie Ihre Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Falle kann die PKDW den Vertrag jedoch unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und das Kündigungsrecht bei leicht fahrlässiger oder bei nicht zu vertretender Anzeigepflichtverletzung sind allerdings ausgeschlossen, wenn die PKDW den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Diese anderen Bedingungen würden dann auf Verlangen der PKDW rückwirkend, und bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der dann laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich im Fall einer von der PKDW verlangten Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließt die PKDW die Gefahrabsicherung für den nicht oder unrichtig angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Darüber hinaus ist die PKDW zur Anfechtung des Vertrags wegen arglistiger Täuschung berechtigt, falls Sie durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf die Erklärungen der PKDW Einfluss genommen haben.

Im Falle eines Rücktritts oder einer Anfechtung wird der Vertrag mit Zugang der Erklärung rückwirkend aufgelöst. Versicherungsschutz besteht nicht. Hat die PKDW den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt die Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Gefahrumstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der PKDW ursächlich war. Bei einem Rücktritt oder bei einer Anfechtung steht der PKDW der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der entsprechenden Erklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Das Recht zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung und zur Anfechtung seitens der PKDW sind ausgeschlossen, wenn die PKDW den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

### **2. Ermächtigung zur Entbindung der Schweigepflicht bei Tarif A mit Berufsunfähigkeitspension**

Im Falle der Beantragung der Berufsunfähigkeitspension werden Sie Ärzte, Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen, Pflegepersonal, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der PKDW entbinden und gestatten dieser, alle erforderlichen Auskünfte einzuholen. Dies geschieht, um das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PKDW verifizieren zu können. Im entsprechenden Fall werden die Versicherungsnehmer jeweils konkret gebeten, die o.g. Personen und Institutionen von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

Ihnen ist bekannt, dass Sie die benötigten Unterlagen auch selbst auf eigene Kosten beibringen könnten. Die Entscheidung gegen die Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit der PKDW führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Stand September 2008