



Sterbekasse für die  
Angestellten der Deutsche Bank-Gruppe  
Alfred-Herrhausen-Allee 16 – 24  
65760 Eschborn am Taunus

## Gesundheitserklärung

(pro versicherte Person auszufüllen)

## Declaration of health

(to be completed by each insured party)

Name, Vorname Name, first name	Geburtsdatum Date of birth
-----------------------------------	-------------------------------

Sind Sie bereits bei uns versichert?  
Are you already insured with us?

Nein  
No  Ja  
Yes Mitglieds.Nr.  
Membership No. \_\_\_\_\_

Sind Sie voll arbeitsfähig?  
Is your working capacity unimpaired?

Nein  
No  Ja  
Yes

Haben in den letzten 10 Jahren Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?  
Have you had any operations, been hospitalized or sent to a health spa in the last 10 years, or are any such stays recommended or planned?

Nein  
No  Ja  
Yes Welche? Wann? Dauer d. Behandlung  
If so, please give details such as dates and length of medical treatment.

Haben Sie in den letzten 10 Jahren schwere Verletzungen durch Unfälle oder Kriegseinwirkungen erlitten?  
Have you suffered any serious injuries in the last 10 years as a result of an accident or being involved in armed conflict?

Nein  
No  Ja  
Yes Welche? Wann?  
If so, please specify.

Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren über einen längeren Zeitraum regelmäßig Medikamente oder Drogen?  
Do you take medication or drugs, or have you done so for an extended period of time in the last 10 years?

Nein  
No  Ja  
Yes Weshalb?  
If so, please specify.

Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?  
Have you been diagnosed HIV-positive?

Nein  
No  Ja  
Yes Wann, durch wen?  
If so, where and when were you tested?

Beziehen Sie eine Kriegsbeschädigten-, Invaliden-, Unfall- oder sonstige Rente?  
Are you the recipient of a pension for disabled war veterans, disability benefits, accident benefits or any other pension?

Nein  
No  Ja  
Yes Wie viel Prozent? Seit wann? Weshalb?  
If so, please state percentage of disablement, when and how it occurred.

Haben Versicherungsgesellschaften Anträge auf Versicherung Ihres Lebens abgelehnt oder mit erhöhtem Beitrag angenommen?  
Have insurance companies refused your request to take out a life insurance policy or demanded higher premiums?

Nein  
No  Ja  
Yes Weshalb?  
If so, please state why.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.  
I hereby confirm that the above information given by me is accurate and complete.

Ort, Datum  
Place, date

Unterschrift  
Signature