Fragebogen BLUTHOCHDRUCK

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsantrag Nr.:

Zu versichernde Person:

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:
Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/ Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zur Erkrankung

1. Wann wurde die Hypertonie erstmals festgestellt?

2. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?
   - ☐ Nein
   - ☐ Ja, Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

     Wann zuletzt?

3. Wie wird Ihr Bluthochdruck behandelt?
   - ☐ Keine Behandlung
   - ☐ Medikament(e)
     Präparatename(n):

     Tagesdosis:
   - ☐ Sonstige Maßnahmen: Welche?

4. Welche Untersuchung(en) wurden innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen durchgeführt?

	Ergebnis?	Wann?
☐ Blutdruckmessung (mindestens letzte 3 Werte):		
☐ Ruhe-EKG:		
☐ Ergometrie/EKG unter Belastung:		
☐ 24-Stunden-Blutdruckmessung:		
☐ Augenhintergrunduntersuchung:		
☐ Röntgenaufnahme des Brustkorbs:		
☐ Blutuntersuchungen:		

5. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre an Beschwerden oder Erkrankungen des Herzens, der Blutgefäße, der Nieren, der Schilddrüse, an Arteriosklerose, erhöhten Blutfetten, Gicht, Diabetes, Übergewicht, Hormonstörungen oder Veränderungen des Augenhintergrundes, Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörung?

   Falls ja: Welche Diagnose? Therapie? Feststellungszeitpunkt?

   ☐ Nein
   ☐ Ja, Diagnose, Therapie, Feststellungszeitpunkt:

6. Sind bei Ihren Eltern und/oder Geschwistern innerhalb der letzten fünf Jahre Fälle von Bluthochdruck oder Stoffwechselstörungen aufgetreten?

   Falls ja: Bitte genauere Angaben:

   ☐ Nein
   ☐ Ja

7. Rauchen Sie oder konsumieren elektrische Zigaretten (E-Zigaretten)?

   Falls ja: Was und wie viel/Tag?

   ☐ Nein
   ☐ Ja

8. Nehmen Sie Alkohol zu sich?

   Falls ja: Was und wie viel/Woche?

   ☐ Nein
   ☐ Ja

9. Sind Sie bei Ihrer Berufsausübung gesundheitlichen Einschränkungen unterworfen?

   Falls ja: Bitte nähere Angaben.

   ☐ Nein
   ☐ Ja

10. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

    ☐ Nein
    ☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

11. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?

    Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

    ☐ Hausarzt
    ☐ Internist
    ☐ Sonstige

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)	☐ Zusätzliche Angaben sind beigefügt ☐ Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben ☐ Es folgen noch Angaben Anzahl Extrablätter:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern

Ort, Datum	Unterschrift des **Versicherungsnehmers**	Unterschrift der zu **versichernden Person** (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) **ges. Vertreter**