Fragebogen Hämophilie – von Willebrand-Krankheit

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. Welche Erkrankung liegt vor?

- ☐ Hämophilie A (Faktor VIII-Mangel)
- ☐ Hämophilie B (Faktor IX-Mangel)
- ☐ von Willebrand-Krankheit (vWK)
  - ☐ Typ 1
  - ☐ Typ 2
  - ☐ Typ 3
  - ☐ Unbekannt
- ☐ Hämophilie A, kombiniert mit vWK
- ☐ Hemmkörper-Hämophilie
- ☐ Sonstiges:

2. In welchem Alter wurde die Diagnose gestellt?

- ☐ 0 - 20. Lebensjahr
- ☐ später

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre (fach-) ärztlicher Behandlung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Falls ja: Seit wann?

Wann war die letzte Untersuchung?

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

4. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre technische Untersuchungen (z. B. Labor, Urinuntersuchung, Röntgen) durchgeführt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

5. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre ein HIV-Antikörper-Test (AIDS-Test) durchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Ergebnis?

6. Erfolgten innerhalb der letzten fünf Jahre weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Orthopäden, Gastroenterologen, Internisten)?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

7. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. des Arztes an.

8. Sind Operationen angeraten oder geplant?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

9. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

10. Aus welchem Anlass erfolgte die Erstfeststellung der Krankheit?

☐ Operation
☐ Unfall
☐ Wundheilstörung
☐ Zahnarztbehandlung
☐ Sonstiger Anlass:

11. Sind innerhalb der letzten fünf Jahre Blutungen aufgetreten?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wo?

☐ In den Gelenken
☐ In der Muskulatur
☐ Im Schädel
☐ In der Haut/Schleimhaut
☐ Im Bauchraum
☐ In den Nieren/Harnwegen
☐ Sonstige:

12. Bestehen Folgen früherer Blutungen?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche? Wann traten diese auf?

13. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre an sonstigen Störungen der Blutgerinnung oder der Blutbildung?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

14. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine Erkrankung der Leber und der Milz ausgeschlossen?
☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Bitte eventuell vorliegende Untersuchungsbefunde in Kopie mit einreichen

15. Werden Sie innerhalb der letzten fünf Jahre medikamentös behandelt (z. B. mit Immunsuppressiva)?
☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Bitte Medikamentenname und Dosierung angeben.

16. Haben Sie innerhalb der letzten zehn Jahre eine Bluttransfusion erhalten?
☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wie häufig? Wann?

17. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihren Eltern oder Geschwistern Blutgerinnungs-Störungen bzw. Bluterkrankheiten?
☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche Erkrankung? Bei wem?

18. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?
☐ Nein
☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

19. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?
☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

20. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann.

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**