Fragebogen Herz- und Kreislaufsystem

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. An welchen Erkrankungen oder Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre? (z. B. Herzklopfen, Atemnot, Herzbeklemmungen) (Bitte möglichst genaue Angaben)

   Welche Diagnose wurde Ihnen von dem behandelnden Arzt genannt?

2. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-) ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Seit wann?

   Wann war die letzte Untersuchung?

   Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

3. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre technische Untersuchungen (z. B. Röntgen, EKG, Echokardiographie) oder invasive Eingriffe (z. B. Herzkatheteruntersuchung) durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

4. Erfolgten innerhalb der letzten fünf Jahre weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Kardiologen oder Internisten)? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

5. Wurden in den letzten zehn Jahren 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.

6. Sind Operationen angeraten oder geplant?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

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

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann und welche? Ergebnis?

8. Hatten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre einen Herzinfarkt?

☐ Nein
☐ Ja, wann?

9. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyceride)?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

10. Ist Ihr Blutdruck erhöht?

☐ Nein
☐ Ja

Bitte die letzten 3 Messwerte angeben.

_____/_____	_____/_____	_____/_____
syst./diast.	syst./diast.	syst./diast.
am: _____	am: _____	am: _____

11. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verordnet?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

12. Waren Sie in den letzen fünf Jahren länger als zwei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

☐ Nein
☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

13. Bitte geben Sie uns Größe und Gewicht an.

_____ cm _____ kg

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

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wie viel? Seit wann?

15. 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**