Fragebogen MAGEN- UND DARMERKRANKUNGEN

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 welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden des Magens oder des Darmtrakts leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

   Bitte genaue Bezeichnung angeben:

   Wann? Seit Wann?

2. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?
   ☐ Nein
   ☐ Ja

   Falls ja: Bitte geben Sie uns Name/Anschrift des behandelnden Arztes an.

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre

   ☐ Einmalig — Wann?
   ☐ Wiederholt — Seit wann? Wann zuletzt?
   ☐ Dauernd — Seit wann?

4. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert?
   ☐ Nein
   ☐ Ja

   Falls ja: Wie?

5. Halten Sie eine bestimmte Diät ein?
   ☐ Nein
   ☐ Ja

   Falls ja: Welche?

6. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

- ☐ Keine Behandlung
- ☐ Medikament(e) als Dauermedikation
  Präparat:
  Dosierung:
- ☐ Medikament(e) als Bedarfsmedikation
  Präparat:
  Dosierung:
- ☐ Operation angeraten
  Welche?
  Wann?
- ☐ Sonstige Behandlung – bitte nähere Angaben:

7. Wurden Sie innerhalb der letzten zehn Jahre operiert?
   - ☐ Nein
   - ☐ Ja

   Falls ja, wann? Warum? Ergebnis?

8. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?
   - ☐ Nein, keine Folgen/Beschwerden seit:
   - ☐ Ja, Art der Folgen/Beschwerden:

9. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?
   - ☐ Nein
   - ☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

10. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?
    - ☐ Hausarzt
    - ☐ Internist
    - ☐ Gastroenterologe
    - ☐ Sonstige:

    Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

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**