Fragebogen Medikamente / Drogen

Angaben zur versicherten Person								
Versicherungsantrag Nr.:								
Zu	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:								
An	gaben zur Erkrankung							
1.	Nehmen bzw. nahmen Sie innerhalb der letzten zehn Jahre Medikamente oder Drogen ein?		Medikamente Drogen					
	Welche? In welcher Dosierung? Wie lange?							
2.	An welchen Erkrankungen oder Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten zehn Jahre? (Bitte möglichst genaue Angaben)							
3.	Haben Sie Beschwerden, die auf den Konsum der Medikamente/Drogen zurückzuführen sind?		Nein Ja					
	Falls ja: Welche?							
4.	Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?		Nein Ja					
	Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?							
	Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. des Arztes an.							
5.	Sind Operationen angeraten oder geplant?		Nein Ja					
	Falls ja: Wann? Welche?							
6.	Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?		Nein Ja					
	Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?							

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de

7.		nannten Erkrankung(en) oder ten fünf Jahren länger als zwei end arbeitsunfähig?		Nein Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten	:			
8.		e und Anschrift des Arztes an, der Gesundheitszustand Auskunft						
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	versiche	rift der zu nden Person nt Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) ges. Vertreter			

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de