Fragebogen Rheumatische Erkrankungen

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? (Bitte möglichst genaue Angaben)

   Welche Diagnose (z. B. Gelenk-, Muskel- oder Weichteilrheumatismus) 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 technische Untersuchungen (z. B. Röntgen, Rheumatests, sonstiges Labor) durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?

4. Erfolgten weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Rheumatologen, Internisten, Orthopäden)? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?

5. Wurden Massagen, Bäder, Krankengymnastik oder Ähnliches verordnet? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Was? Wann? Wie häufig?

6. 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.

7. Sind Operationen angeraten oder geplant?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

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

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?

9. Haben Sie zur Zeit noch Beschwerden?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Bitte nähere Angaben (z. B. Häufigkeit, Intensität, Lokalisation)

10. Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt?

☐ Nein
☐ Ja

11. Bestehen Lähmungen, Bewegungsstörungen oder Gelenkschwellungen?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Bitte nähere Angaben.

12. Welche Behandlungen werden oder wurden innerhalb der letzten fünf Jahre durchgeführt?

☐ Medikamente
☐ Strahlentherapie
☐ Sonstige Therapie

Bitte nähere Angaben (z. B. Medikamentenname, Dosierung)

13. Sind Sie derzeit in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Warum?

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

☐ Nein
☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

15. Ist oder war innerhalb der letzten fünf Jahre eine Änderung Ihrer beruflichen Tätigkeit erforderlich?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Warum?

16. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

☐ Nein
☐ Ja, GdB/ MdE/ GdS:
☐ Ja, beantragt am:

17. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wann? Welche?

18. 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**