Fragebogen Stationäre Behandlung

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. Wegen welcher Erkrankungen oder Beschwerden befanden Sie sich innerhalb der letzten zehn Jahre in stationärer Behandlung? (Bitte möglichst genaue Angaben)

   Welche Diagnose wurde Ihnen von dem behandelnden Arzt genannt?

2. Bitte geben Sie uns den genauen Zeitraum Ihres Krankenhaus-Aufenthaltes an.

3. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Welche? Mit welchem Ergebnis?

4. Sind Operationen angeraten oder geplant? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wann? Welche?

5. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wann? Welche? Mit welchem Ergebnis?

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

7. Haben Sie zur Zeit noch Beschwerden, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls ja: Wo? Welche? Wie häufig?

8. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kurklinik an. Falls Ihnen Krankenhaus- oder Kurberichte vorliegen bitten wir um Einreichung von Kopien.

9. 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**