Fragebogen UNTERLEIBSERKRANKUNGEN

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 seitens der Gebärmutter, der Eierstöcke, der Eileiter oder des Menstruationszyklus leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

   Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an.

   Wann? Seit wann?

2. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine bösartige Erkrankung festgestellt?
   ☐ Nein
   ☐ Ja

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

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

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

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

   ☐ Einmalig — Wann?

   ☐ Wiederholt — Seit wann? Wann zuletzt?

   ☐ Dauernd — Seit wann?

5. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre behandelt?

- ☐ Keine Behandlung
- ☐ Medikament(e)
  Präparat:
  Dosierung:
  Wann/bis wann:
- ☐ Operation angeraten
  Wann:
  Warum:
- ☐ Strahlen-, Chemotherapie
- ☐ Sonstige Behandlung
  Wann:
  Welche:

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

   Falls ja: Bitte geben Sie Art der Folgen/Beschwerden an.

7. Rauchen Sie oder konsumieren Sie elektrische Zigaretten (E-Zigaretten)?
   - ☐ Nein
   - ☐ Ja

   Falls ja: Was? Wie viel? Seit wann?

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

9. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?
   - ☐ Hausarzt
   - ☐ Gynäkologe
   - ☐ 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**