Fragebogen WIRBELSÄULE

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. Unter welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden seitens der Wirbelsäule leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

   Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an.

   Wie äußert sich die Erkrankung? Welche Beschwerden bestehen?

2. Sind innerhalb der letzten fünf Jahre Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule aufgetreten (z.B. Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen) oder von der Wirbelsäule ausgehende Beschwerden(z.B. bandscheibenbedingte Gefühlsstörungen oder Schmerzen der Arme und Beine)?

   ☐ Nein
   ☐ Ja

   Falls ja, wann erstmals?

   Wann zuletzt?

   Welche Beschwerden in welchen Abständen?

3. Gibt es Auslöser für diese Beschwerden?

   ☐ Nein
   ☐ Ja

   Falls Ja, welche?

4. Haben Sie aufgrund der Erkrankungen/ der Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre Ärzte/Therapeuten in Anspruch genommen?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:

Bitte geben Sie alle Ärzte/Therapeuten der letzten fünf Jahre. Verwenden Sie bitte ggf. ein Zusatzblatt.

5. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen, Ct, Kernspintomographie, Szintigraphie, nuklearmedizinische Untersuchung, MRT, Ultraschall) diesbezüglich durchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche Untersuchung?

Wann?

Ergebnis? (Bitte Befunde beifügen)

6. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre Knochendichtemessungen zur Diagnostik einer Osteoporose duchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche Untersuchung?

Wann?

Ergebnis?

7. Besteht eine Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Können Sie angeben, in welchen Wirbelsäulenbereichen?

8. Sind auch innere Organe betroffen (z.B. bei Rheumatismus oder durch starke Brustkorbdeformationen bei Wirbelsäulenverbiegungen)?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche?

9. Sind innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt worden oder sind Operationen angeraten?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche:

Wann:

10. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankungen innerhalb der letzten zehn Jahre Behandlungen in einem Krankenhaus, Rehamaßnahmen oder Kuren notwendig?Falls ja: Welche?

☐ Nein
☐ Ja

Wann?

11. Wie werden oder wurden Sie innerhalb der letzten fünf Jahre behandelt?

- ☐ Keine Behandlung
- ☐ Schmerzmittel
  Präparat:
  Dosierung:
  Dauer der Einnahme:
- ☐ Kortisontabletten
  Dosierung:
  Dauer der Einnahme:
- ☐ Sonstige Medikamente
  Präparat:
  Dosierung:
  Dauer der Einnahme:
- ☐ Andere Therapien
  Welche:
  Beginn:
  Abgeschlossen am:
  Therapieeinheiten pro Woche:
- ☐ Krankengymnastik
  Beginn:
  Abgeschlossen am:
  Behandlungseinheiten pro Woche:
- ☐ Massagen
  Beginn:
  Abgeschlossen am:
  Behandlungseinheiten pro Woche:
- ☐ Akupunktur
  Beginn:
  Abgeschlossen am:
  Therapieeinheiten pro Woche:
- ☐ Schmerztherapie
  Beginn:
  Abgeschlossen am:
  Therapieeinheiten pro Woche:

12. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen oder Nervenfunktionsstörungen)?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche?

13. Übertragen sich diese Beschwerden auf andere Körperteile?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Auf welche Körperteile?

In welcher Form?

14. Besteht eine Beinlängenverkürzung?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wie viel cm?
- ☐ Rechts
- ☐ Links

15. Haben die Beschwerden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Zu welchen?

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

☐ Nein
☐ Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

17. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Absatzerhöhungen, eine Halsstütze, ein Stützkorsett oder einen Stock?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche?

18. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits innerhalb der letzten fünf Jahre erfolgt oder angeraten?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Empfohlene Tätigkeit:

19. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:

20. Wie hoch ist der beruflich bedingte Reiseanteil Ihrer Tätigkeit?

% (ca. Angabe in Prozent)

21. Benutzen Sie einen Computer?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Wie viele Stunden pro Tag?

22. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10kg) heben oder tragen?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja: Welche Gegenstände werden bewegt?

Wie viel kg wiegen die Lasten?

Wie oft müssen diese Lasten pro Tag bewegt werden?

23. Welcher Arzt ist am Besten über die Erkrankung informiert?

Name/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**