

Gothaer

Versicherungsnummer _____ Datum der Antragstellung _____

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefährumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen den **Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Bei welchem **Hausarzt / Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen der Geschlechtsorgane **in Behandlung**?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Diagnose	Arzt (Name und Anschrift)
☐ Hausarzt		
☐ Facharzt		

Bestehen oder bestanden bei Ihnen **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

☐ gutartige Prostatentzündung
 ☐ Krebserkrankung der Prostata
☐ gutartige Prostatavergrößerung
 ☐ sexuell übertragbare Infektionskrankheit
☐ andere hier nicht genannte Erkrankung der Geschlechtsorgane. Welche? _____

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung** getrennt beantworten.

Genaue medizinische Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?
------------------------------	-----------------------------------	--

Liegt eine Krebserkrankung vor? ☐ nein ☐ ja Bitte in diesem Fall weitere Angaben soweit Ihnen bekannt wie Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie)!

Bekannte **Laborwerte**. Erhöhter oder abweichender Wert des PSA?

☐ nein ☐ ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	Befund	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
--------------------------------------	--------	-----------------------------------

Sind Ihnen weitere **Blut- oder Laborwerte** bekannt? ☐ nein ☐ ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

Wert	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
------	-----------------------------------	----------	-----------------------------------

Welche **Blutdruckwerte** wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	systolisch	diastolisch	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	systolisch	diastolisch

Untersuchungen/ Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen der männlichen Geschlechtsorgane?****Behandlungen**

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1. Ultraschalluntersuchung | 5. Computertomographie (CT) | 8. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 2. Untersuchung des Enddarms und Prostata | 6. Kernspin (MRT) | 9. Operation |
| 3. Röntgenuntersuchungen | 7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) | |

Sonstige hier nicht genannte Methode. Welche? Machen Sie bitte Angaben dazu! _____

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Befund / Maßnahme	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Geplante
Untersuchungen/
BehandlungenSind bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen geplant?**

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1. Laboruntersuchungen | 4. Röntgenuntersuchungen | 7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2. Ultraschalluntersuchung | 5. Computertomographie (CT) | 8. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 3. Untersuchung des Enddarms und Prostata | 6. Kernspin (MRT) | 9. Operation |

Andere Untersuchungsmethoden (bitte diese hier angeben) _____

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MedikamenteWelche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Arbeits-
unfähigkeitenWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig?**☐ nein ☐ ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

_____	_____
_____	_____

Notarzt-
behandlungErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung?**☐ nein ☐ ja, ca. _____

Grund _____

Krankenhaus-
behandlungen,
Rehas und
KurenErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur?** Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Schluss-
erklärung
und
UnterschriftAlle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum _____

Unterschrift der versicherten Person _____