

Gothaer

Versicherungsnummer _____ Datum der Antragstellung _____

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, 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**?

Arzt (Name und Anschrift)

☐ Hausarzt☐ Facharzt

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

☐ Brustentzündung	☐ Abweichungen der normalen Regelblutung	☐ Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke	☐ Senkung der Gebärmutter
☐ gutartige Brusttumore	☐ Fehlbildungen der Geschlechtsorgane	☐ Endometriose	☐ Harninkontinenz
☐ Brustkrebs	☐ Veränderungen der Zellen am Muttermund	☐ gutartige Geschwülste der Gebärmutter (Myome usw.)	☐ sexuell übertragbare Infektionskrankheit
☐ andere hier nicht genannte Erkrankung der weiblichen 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. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?

Ist bei Ihnen eine Veränderung der Schleimhaut am Muttermund oder ein entsprechender Verdacht im Zellabstrich bekannt (sog. PAP-Abstrich)?

☐ nein ☐ ja

Ist eine kurzfristige Nachuntersuchung des Zellabstrichs am Muttermund geplant? Wann?

☐ nein ☐ ja

Falls Ihnen bekannt, können Sie ggf. das Ergebnis der Zelluntersuchung am Muttermund oder des Zellabstrichs (z.B. sog. PAP-Abstrich) angeben?

☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja

und zwar

Ist bei Ihnen eine chronische Infektion mit dem HPV Virus bekannt?

☐ nein ☐ ja

Können Sie Angaben zum Verlauf und dem Befund machen?

Liegt eine Krebserkrankung vor? ☐ nein ☐ ja

Bitte in diesem Fall weitere Angaben soweit Ihnen bekannt wie Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie)!

Bei Brustkrebs: Falls Ihnen bekannt machen Sie bitte Angaben zu bestimmten Hormonrezeptoren und HER 2/neu Überexpression:

☐ positiv bestimmte Östrogen-Rezeptoren☐ positiv bestimmte Progesteron-Rezeptoren☐ HFR 2/neu Überexpression vorhanden

☐ negativ bestimmte Östrogen-Rezeptoren

☐ negativ bestimmte Progesteron-Rezeptoren☐ HER 2/neu Überexpression fehlt

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt?

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

Art des Wertes

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Refund

Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

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

Datum (ggg. ungefährender Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

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

1. Ultraschalluntersuchung
2. Untersuchung des Enddarms
3. Röntgenuntersuchungen

4. Mammographie
5. Computertomographie (CT)
6. Kernspin (MRT)

7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
8. Gewebeentnahme (Biopsie)
9. Ausschabung der Gebärmutter
10. Operation

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

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

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

1. Ultraschalluntersuchung
2. Untersuchung des Enddarms
3. Röntgenuntersuchungen

4. Mammographie
5. Computertomographie (CT)
6. Kernspin (MRT)

7. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
8. Gewebeentnahme (Biopsie)
9. Ausschabung der Gebärmutter
10. Operation

Andere Untersuchungsmethoden (bitte diese hier angeben)

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

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

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

Arbeits- unfähigkeiten Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig?** ☐ nein ☐ ja

Diagnose	Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)
.....	
.....	

Notarzt- behandlung Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung?** ☐ nein ☐ ja, ca. Grund**Krankenhaus- behandlungen, Rehas und Kuren** Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheil-**

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

Schluss- erklärung und Unterschrift Alle 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