

Versicherungsnummer _____ Datum der Antragstellung _____

Angaben zur
versicherten
Person

Titel, Vorname, Name _____

männlich
 weiblich

Geburtsdatum _____

Vorvertrag- liche Anzeige- pflicht

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.

Bitte beachten 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**.

Zuletzt behandelnde Ärzte / Fachärzte Bei welchem **Hausarzt / Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen Stoffwechsel **in Behandlung**?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Diagnose	Arzt (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> Hausarzt _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Facharzt _____	_____	_____

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> angeborene Stoffwechselkrankheit (z.B. Leber, Muskel, Niere) | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Harnsäure | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenentzündung | <input type="checkbox"/> M. Addison |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Hypothyreose | <input type="checkbox"/> Akromegalie |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Basedowsche Krankheit | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen von Schilddrüse, Nebennieren usw. |
- andere hier nicht genannte Erkrankungen des Stoffwechsels und der Innern Drüsen (bitte diese hier angeben) _____

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

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

- Zuckerkrankheit** Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit Insulinbehandlung von Beginn an (seit der Kindheit/Jugend) vor (Typ 1 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit schleichendem Beginn (in der Regel im Erwachsenenalter) und Diät/Tablettenbehandlung vor (Typ 2 Diabetes)?
- Liegt eine sonstige Diabetesform vor? Welche? _____

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) der erstmaligen Diabetesfeststellung _____

Gab es eine Überzuckerung (Koma)? Nein Ja

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____ **Bei wem ärztlich behandelt Wo?** (Name und Anschrift) _____

Gab es eine Unterzuckerung (Schock)? Nein Ja

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____ **Bei wem ärztlich behandelt Wo?** (Name und Anschrift) _____

Führen Sie eine Selbstkontrolle durch? Nein Ja, und zwar **(Fotokopien ggf. beifügen)** _____

**Harnsäure-
erhöhung oder
Gicht**

- Liegt bei Ihnen eine Gicht vor?
- Liegt bei Ihnen nur eine Erhöhung der Harnsäure im Blut vor (Hyperurikämie)?

Wann war das letztmalige Auftreten eines Gichtanfalls? Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

Wie oft treten Gichtanfälle im Lauf eines Jahres auf? _____

Welche Gelenke waren bei Ihnen von Gichtanfällen betroffen? _____

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

Arbeitsunfähigkeiten Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Notarztbehandlung Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, ca. _____ Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren Erfolgte 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. 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