

# Fragebogen BLUTHOCHDRUCK

## Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

### 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 oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

### Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

#### Angaben zur Erkrankung

1. Wann wurde die Hypertonie erstmals festgestellt?

\_\_\_\_\_

2. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?

Nein

Ja

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des behandelnden Arztes an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Wie wird Ihr Bluthochdruck behandelt?

Keine Behandlung

Medikament(e): Präparatename(n) und Tagesdosis: \_\_\_\_\_

Sonstige Maßnahmen: Welche?

\_\_\_\_\_

4. Welche Untersuchung(en) wurden innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen durchgeführt?

	Wann	Ergebnis
<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung (mindestens letzte 3 Werte):	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ergometrie/EKG unter Belastung:	_____	_____
<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruckmessung:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Augenhintergrunduntersuchung:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Röntgenaufnahme des Brustkorbs:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen:	_____	_____

5. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre an Beschwerden oder Erkrankungen des Herzens, der Blutgefäße, der Nieren, der Schilddrüse, an Arteriosklerose, erhöhten Blutfetten, Gicht, Diabetes, Übergewicht, Hormonstörungen oder Veränderungen des Augenhintergrundes, Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörung? Falls ja: Welche Diagnose? Therapie? Feststellungszeitpunkt?

Nein

Ja, Diagnose, Therapie, Feststellungszeitpunkt.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Sind bei Ihren Eltern und/oder Geschwistern innerhalb der letzten fünf Jahre Fälle von Bluthochdruck oder Stoffwechselstörungen aufgetreten?

Nein

Ja

Falls ja: Bitte genauere Angaben: \_\_\_\_\_

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

Nein

Ja

Falls ja: Was und wie viel/Tag? \_\_\_\_\_

8. Nehmen Sie Alkohol zu sich?

Nein

Ja

Falls ja: Was und wie viel/Woche? \_\_\_\_\_

9. Sind Sie bei Ihrer Berufsausübung gesundheitlichen Einschränkungen unterworfen?

Nein

Ja

Falls ja: Bitte nähere Angaben. \_\_\_\_\_

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

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: \_\_\_\_\_

11. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?

Hausarzt

Internist

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 beigelegt.  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 (bei Minderjährigen)