

Fragebogen GELENKERKRANKUNGEN

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. Unter welchen Erkrankungen oder Beschwerden der Gelenke einschließlich der Bänder und Sehnen leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre? (Genaue Bezeichnung und Zeitraum)

Welches Gelenk ist betroffen?

Wo trat die Erkrankung auf?

- Rechts
 Links
 Beidseitig

Wie äußert sich die Erkrankung, welche Beschwerden bestehen?

2. Die Erkrankung/Beschwerden treten bzw. traten auf

- Einmalig Wann? _____ Wie lange? _____
 Wiederholt Seit wann? _____ Wann zuletzt? _____ Wie oft jährlich? _____ Wie lange jeweils? _____
 Dauernd Seit wann? _____

3. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Gelenkerkrankung/-beschwerden bekannt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen („Verschleiß“) | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung |
| <input type="checkbox"/> Fehlhaltung, Fehlbelastung | <input type="checkbox"/> Blockierungen | <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen | <input type="checkbox"/> Gelenküberlastung (z. B. schweres Heben, Sport) | <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache: Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Fraktur, sonstiger Unfall | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlstellungen | |

4. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Reha-Maßnahmen durchgeführt?

- Nein
 Ja einmalig mehrfach

Falls ja: Bitte den Zeitraum angeben. _____

5. Bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen?

- Nein
 Ja

Falls ja: Welche? Seit wann? Wie häufig? _____

6. Wurde im Zusammenhang mit Ihrer Gelenkerkrankung innerhalb der letzten zehn Jahre ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt erforderlich?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Bitte geben Sie Name/Anschrift des Krankenhauses/Kuranstalt an.

7. Wie wurden oder werden Sie behandelt:

Medikamente, Injektionen

Operation: Wann? _____

Bestrahlung, Fango

Operation geplant: Wann? _____

Krankengymnastik

Sonstige Behandlung: Welche? _____

Chirotherapie

8. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Gelenkerkrankung?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____

Ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

9. Waren Sie wegen der genannten Gelenkerkrankung/-beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

10. Ist Ihnen in Verbindung mit Ihrer Gelenkerkrankung/-beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten worden?

Nein

Ja, Angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich: _____

11. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung? Bitte Angaben zu Name und Anschrift:

Hausarzt

Orthopäde

Rheumatologe

sonstige:

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 (bei Minderjährigen)