

# Fragebogen GICHT UND HARNSÄUREERHÖHUNG

## 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 bei Ihnen die Harnsäureerhöhung bzw. Gichterkrankung erstmals festgestellt?

\_\_\_\_\_

2. Sind bei Ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre Gichtanfälle aufgetreten?

Nein

Ja

1 - 2 Anfälle/Jahr bzw. akute Behandlungsdauer bis 1 Tag

> 2 Anfälle/Jahr bzw. akute Behandlungsdauer > 1 Tag

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

Nein

Ja

Wann war die letzte Untersuchung? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

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

4. Wie wird Ihre Harnsäureerhöhung bzw. Gichterkrankung behandelt?

Keine Behandlung

Diät

Medikamente-Präparatename(n): \_\_\_\_\_

5. Welche Untersuchungsergebnisse wurden zuletzt ärztlicherseits festgestellt?

Ergebnis:

Wann:

Harnsäurewerte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blutfette

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leberwerte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nierenfunktionswerte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blutdruckmessung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Harnsäureerhöhung bzw. Gicht?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: \_\_\_\_\_

Ja, Art der Folgen/Beschwerden:

\_\_\_\_\_

7. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre an Erkrankungen des Herzens (z. B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzvergrößerung), der Nieren (z. B. Nierensteine, Nierenentzündungen, Eiweiß im Urin), der Leber, Diabetes, hohem Blutdruck, Erhöhungen der Blutfette, Übergewicht?

- Nein
- Ja

Falls ja: Welche Diagnose, Therapie und wann war der Feststellungszeitpunkt?

---

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

- Nein
- Ja

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

---

9. Nehmen Sie Alkohol zu sich?

- Nein
- Ja

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

---

10. Waren Sie in den letzten fünf Jahren wegen der Gichterkrankung 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 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)