

# Fragebogen KNIE

## 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. An welchem Knie haben bzw. hatten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre Beschwerden?

- Rechts
- Links
- Beidseits

2. An welchen Erkrankungen oder Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

(Bitte möglichst genaue Angaben)

Welche Diagnose wurde Ihnen von dem behandelnden Arzt genannt? \_\_\_\_\_

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-)ärztlicher Behandlung? Falls ja: Seit wann?

- Nein
- Ja seit wann: \_\_\_\_\_

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

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

\_\_\_\_\_

4. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre eine bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, Kernspintomographie, nuklearmedizinische Untersuchung, Ultraschall, MRT) durchgeführt?

- Nein
- Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis? \_\_\_\_\_

5. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Arthroskopien (Gelenkspiegelungen) oder andere Knieoperation durchgeführt?

(Bitte ggf. OP-Berichte in Kopie beifügen).

- Nein
- Ja
  - Innenmeniskusoperation mit Teilentfernung
  - Innenmeniskusoperation mit Totalentfernung
  - Außenmeniskusoperation mit Teilentfernung
  - Außenmeniskusoperation mit Totalentfernung
  - Kreuzband-Operation
  - Vorderes Kreuzband genäht
  - Vorderes Kreuzband ersetzt
  - Hinteres Kreuzband genäht
  - Hinteres Kreuzband ersetzt

Operation im Bereich der Kniescheibe (Bitte nähere Angaben):

\_\_\_\_\_

Operationen am Gelenkknorpel (Bitte nähere Angaben):

\_\_\_\_\_

Operation an den Seitenbändern (Bitte nähere Angaben):

\_\_\_\_\_

Sonstige Operationen (Bitte nähere Angaben):

\_\_\_\_\_

6. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre Massagen, Bäder, Krankengymnastik oder Ähnliches verordnet?

Nein

Ja

Falls ja: Was? Wann? Wie häufig? \_\_\_\_\_

7. Sind Operationen angeraten oder geplant?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? \_\_\_\_\_

8. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahren Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche Maßnahme? Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie zur Zeit noch Beschwerden?

Nein

Ja

Falls ja: Wo? Welche? Wie häufig? \_\_\_\_\_

10. Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt?

Nein

Ja, wodurch? \_\_\_\_\_

11. Sind Sie auf Hilfsmittel angewiesen?

Nein

Ja, auf welche? \_\_\_\_\_

12. Sind Sie derzeit in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Nein

Ja, warum? \_\_\_\_\_

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

Nein

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

14. War oder ist eine Änderung Ihrer beruflichen Tätigkeit erforderlich?

Nein

Ja, warum? \_\_\_\_\_

15. Üben Sie kniegelenksbelastende Tätigkeiten aus (z. B. Arbeiten im Knien oder Hocken, häufiges Treppensteigen oder Arbeiten auf unebenem Untergrund)?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? Wie lange und wie oft durchschnittlich pro Woche?

\_\_\_\_\_

16. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?

Nein

Ja

Falls ja, welche Gegenstände werden bewegt? Wie viel wiegen die Lasten? Wie oft müssen die Lasten pro Tag bewegt werden?

17. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

Nein

Ja, GdB/MdE/GdS: \_\_\_\_\_

Ja, beantragt am: \_\_\_\_\_

18. Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an, der uns über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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)