

Fragebogen Erkrankungen der LEBER/GALLE

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 welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden seitens der Leber, der Gallenwege bzw. der Gallenblase leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

Bitte genaue Bezeichnung angeben:

Wann? Seit wann? _____

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

Nein

Ja

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden?

Einmalig

Wann? _____

Wiederholt

Seit wann? _____

Dauernd

Wann zuletzt? _____

Seit wann? _____

4. Wurden Sie innerhalb der letzten zehn Jahre operiert oder war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Warum? _____

5. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre behandelt?

Keine Behandlung

Medikament(e)

Präparatename: _____

Operation angedacht

Wann? _____

Welche? _____

Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

Steinertrümmerung Wann? _____
Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

Sonstige Behandlung
Bitte nähere Angaben: _____

6. Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine Blutuntersuchung durchgeführt?

- Nein
 Ja – bitte reichen Sie uns die Befunde in Kopie mit ein

7. Waren die Leberwerte erhöht?

- Nein
 Ja

8. Wurde eine Diät angeraten oder besteht ein Alkoholverbot?

- Nein
 Ja

9. Kam es innerhalb der letzten fünf Jahre zu Komplikationen (z. B. Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Gelbsucht)

- Nein
 Ja

Falls ja: Seit wann? Wie oft? Wann zuletzt? _____

10. Wurde eine primär sklerosierende Cholangitis (PSC) ausgeschlossen?

- Nein
 Ja

11. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

- Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____
 Ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

12. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

- Nein
 Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

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

- Hausarzt
 Internist
 Sonstige: _____

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

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)