

# Fragebogen MAGEN- und DARMERKRANKUNGEN

## 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 des Magens oder des Darmtrakts leiden bzw. 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

Falls ja: Bitte geben Sie uns Name/Anschrift des behandelnden Arztes an.

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre

Einmalig

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

Wiederholt

Seit wann? \_\_\_\_\_

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

Dauernd

Seit wann? \_\_\_\_\_

4. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert?

Nein

Ja, wie? \_\_\_\_\_

5. Halten Sie eine bestimmte Diät ein?

Nein

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

6. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

Keine Behandlung

Medikament(e) als Dauermedikation

Präparat: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Medikament(e) als Bedarfsmedikation

Präparat: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Operation angedacht

Welche? \_\_\_\_\_

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

Sonstige Behandlung – bitte nähere Angaben:

\_\_\_\_\_

7. Wurden Sie innerhalb der letzten zehn Jahre operiert? Falls ja, wann? Warum? Ergebnis?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

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

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

Ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

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

Nein

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

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

Hausarzt

Internist

Gastroenterologe

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)