

# Fragebogen MEDIKAMENTE/DROGEN

## 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. Nehmen bzw. nahmen Sie innerhalb der letzten zehn Jahre Medikamente oder Drogen ein?

Medikamente

Drogen

Welche? In welcher Dosierung? Wie lange?

2. An welchen Erkrankungen oder Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten zehn Jahre? (Bitte möglichst genaue Angaben)

3. Haben Sie Beschwerden, die auf den Konsum der Medikamente/Drogen zurückzuführen sind?

Nein

Ja

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

4. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt bzw. war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich?

Nein

Ja

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

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. des Arztes an.

5. Sind Operationen angeraten oder geplant?

Nein

Ja

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

6. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

Nein

Ja

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

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

Nein

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

8. 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)