

Fragebogen SCHILDDRÜSSE

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 Funktionsstörungen der Schilddrüse leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre (z. B. Über-/Unterfunktion, Entzündung, Struma/Kropf/Drüsenschwellung, Tumor gut-/bösaartig)? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an.

Wann? Seit Wann?

2. Welche Stoffwechsellage hat Ihre Schilddrüse?

- Normal (euthyreot)
 Überfunktion (hyperthyreot)
 Unterfunktion (hypothyreot)

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

- Nein
 Ja

Wann zuletzt? _____

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

4. Wie wird die Schilddrüsenerkrankung bzw. Funktionsstörung behandelt?

- Keine Behandlung
 Medikament(e)

Präparatename(n): _____

Zeitraum: _____

- Radiojodtherapie
 Operation angeraten

Welche? _____

- Sonstige Behandlung – bitte nähere Angaben:

Welche? _____

Wann? _____

5. Welche Untersuchung(en) wurde(n) innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen durchgeführt? Bitte teilen Sie uns die Ergebnisse der Untersuchungen mit bzw. reichen Sie uns die Befunde in Kopie ein.

- Schilddrüsenhormone
- Sonographie/Ultraschall
- Szintigraphie
- Röntgen/Computertomographie
- Feingewebliche Untersuchung (Bösartigkeit?)
- Augenuntersuchung
- Sonstige Untersuchung:

6. Wurden Sie innerhalb der letzten zehn Jahre operiert oder stationär (Krankenhaus, Kur, Reha) untersucht oder behandelt?

- Nein _____
- Ja, bitte nähere Angaben: _____

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

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

8. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre an Erkrankungen des Herzens, der Nieren, der Leber, an Diabetes, hohem Blutdruck, Erhöhungen der Blutfette oder der Harnsäure, Übergewicht? Falls ja: Bitte genaue Angaben zu Diagnose, Feststellungszeitpunkt, Therapie.

- Nein
- Ja

9. Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Ihrer Schilddrüsenerkrankung 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
- Endokrinologe
- 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 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)