

Fragebogen SCHWINDELANFÄLLE

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. Seit wann leiden bzw. litten Sie an Schwindelanfällen?

2. Wann treten diese auf (z. B. tagsüber, nachts, bei Aufregung, nach Alkoholgenuss)?

3. Konnte eine Ursache für Ihre Beschwerden ermittelt werden?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? _____

4. Welche subjektiven Wahrnehmungen haben Sie während des Anfalls (z. B. alles dreht sich, der Boden schwankt, Gefühl zu sinken usw.)?

5. Wodurch wird der Schwindel ausgelöst (bei Kopfbewegung, beim Aufstehen, Hörschwindel, durch Stress/Angst usw.)?

6. Wie lange dauern die Schwindelanfälle an?

7. Wann hatten Sie Ihren letzten Schwindelanfall?

8. Waren oder sind die Schwindelanfälle mit niedrigem/hohem Blutdruck verbunden?

Nein

Ja

Welche Blutdruckwerte wurden innerhalb der letzten fünf Jahre gemessen? (bitte geben Sie die letzten drei Werte mit Datum an)

9. Welche Untersuchungen wurden bezüglich des Schwindels durchgeführt (CT, EEG etc.)?

Neurologische Untersuchung

CT

EEG

Sonstige: Welche? _____

Wann wurde die entsprechende Untersuchung durchgeführt? _____

Welche Befunde wurden erhoben? _____

10. Kam es innerhalb der letzten fünf Jahre bei einem Schwindelanfall zu einer Ohnmacht?

Nein

Ja

Falls ja: Wie häufig und wie lange hat diese gedauert?

11. Wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Welche? _____

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

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

13. Haben Sie noch Beschwerden, welche auf die Erkrankung zurückzuführen sind?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? _____

14. 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)