

Fragebogen VENENERKRANKUNGEN DER BEINE/KRAMPFADERN

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 bestehen bei Ihnen Venenerkrankungen der Beine bzw. Krampfadern?

2. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Venenerkrankung?

- Krampfadern/Varizen
- Venenentzündung/Phlebitis
- Postthrombotisches Syndrom
- Sonstige: Welche?

3. Bitte machen Sie nähere Angaben zur Lokalisation und zur Ausprägung der Krampfadern:

- | Oberschenkel | Unterschenkel |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geringgradig | <input type="checkbox"/> Geringgradig |
| <input type="checkbox"/> Mittelgradig | <input type="checkbox"/> Mittelgradig |
| <input type="checkbox"/> Hochgradig | <input type="checkbox"/> Hochgradig |

4. Sind als Komplikation innerhalb der letzten fünf Jahre Venenentzündungen, Krampfadergeschwüre („offenes Bein“), Thrombosen, Embolien aufgetreten?

- Nein
- Ja

Falls ja: Welche Erkrankung? _____

Falls ja: Wie häufig? Wann? _____

5. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Operationen durchgeführt bzw. ist eine Operation geplant?

- Nein
- Ja, Operation durchgeführt
- Ja, Operation angedacht

Falls ja: Wann? _____

Bitte geben Sie uns Name/Anschrift des Arztes an.

6. Bestehen Folgen oder Beschwerden seitens der Venenerkrankung der Beine?

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

Falls ja: Bitte nähere Angaben. _____

7. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten fünf Jahre in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?

Nein

Ja

Falls ja: Wie oft jährlich? Wann zuletzt? _____

Bitte geben Sie uns Name/Anschrift des Arztes an.

8. Bitte machen Sie nähere Angaben zur Art der Behandlung (z. B. Stützstrümpfe, Medikamente, sonstige Maßnahmen)

Medikamente: Welche? _____

Sonstige Maßnahmen: Welche? _____

9. Rauchen Sie oder konsumieren elektrische Zigaretten (E-Zigaretten)?

Nein

Ja

Falls ja: Was und wie viel/Tag? _____

10. Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Venenerkrankung länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____

11. Haben Sie wegen der Venenerkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre einen Berufs-/Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde Ihnen dies angeraten?

Nein

Ja

Falls ja: Neuer Beruf/Tätigkeit: _____

Seit wann? _____

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

Hausarzt

Internist

Phlebologe

Sonstige: _____

Name, Anschrift:

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)