

# FRAGEBOGEN allgemein medizinisch

## 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. Welcher Organbereich bzw. Körperteil ist betroffen?

2. Wie lautet die genaue Diagnose des Arztes?

3. Die Erkrankung trat auf

- einmalig  
 mehrmals

von – bis: \_\_\_\_\_  
erstes Auftreten  
von – bis: \_\_\_\_\_  
letztes Auftreten  
von – bis: \_\_\_\_\_  
seit: \_\_\_\_\_

4. Die Erkrankung wird behandelt

- Keine Behandlung  
 Mit Medikamenten  
 Sonstige Behandlung

5. Werden oder wurden innerhalb der letzten fünf Jahre Untersuchungen durchgeführt?

- Nein  
 Ja, Blutuntersuchung  
 Ja, sonstige Untersuchungen (Falls ja: Welche Untersuchung? Wann?)

6. Waren Sie wegen der genannten Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

- Nein  
 Ja einmalig, von – bis: \_\_\_\_\_  
 Ja mehrmals, zuletzt von – bis: \_\_\_\_\_

7. Ist wegen dieser Erkrankung innerhalb der letzten zehn Jahre eine stationäre Untersuchung oder Behandlung, eine Operation, eine Kur angeraten?

- Nein  
 Ja  
Falls ja: Wann? \_\_\_\_\_

8. Wurden Sie wegen dieser Erkrankung innerhalb der letzten zehn Jahre stationär untersucht oder behandelt, wurde eine Operation oder Kur durchgeführt?

Nein

Ja

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

---

9. Waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: \_\_\_\_\_ von – bis: \_\_\_\_\_

---

10. Bestehen derzeit noch Schmerzen, Beschwerden, Einschränkungen infolge dieser Erkrankung?

Ja

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

---

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

Hausarzt

Orthopäde

Chirurg

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)