Erklärung zu Magen-Darm-Erkrankungen

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl der Antragsteller als auch die zu versichernde Person verantwortlich.

Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und/oder die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der "Mitteilung nach §19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht", die im Antrag enthalten ist.

Detaillierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen! Striche sowie das Wort "entfällt" genügen nicht. An welcher/n Erkrankungen des Magens oder Diagnose (z.B. Gastritis, Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, des Darmtrakts litten bzw. leiden Sie? Refluxkrankheit, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Reizdarm): Bestehen oder bestanden diese o einmalig bis: Erkrankungen(en) bzw. Beschwerden o mehrmals erstmals von: bis: / zuletzt von: bis: o dauernd seit: 3. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. Magen-/oder Darmspiegelung, Laboruntersuchungen, Biopsie, Röntgenuntersuchungen, Stuhluntersuchungen)? Bitte fügen Sie Kopien von Untersuchungsergebnissen bei, wenn diese Ihnen vorliegen! 4 Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) o keine Behandlung bzw. Beschwerden behandelt? o Medikamente o nur bei Bedarf Präparatename: o Dauermedikation Präparatename: o akut / keine Präparatename: Dauermedikation von: bis: von: bis: o Operation durchgeführt Bitte fügen Sie eine Kopie des Abschlußberichts bei, wenn dieser Ihnen vorliegt! o Operation angeraten, wann? Name/Anschrift des Arztes: o sonstige Behandlung: Bestehen noch Folgen oder Beschwerden o wenn nein, keine Folgen/Beschwerden seit: nein o ja o seitens der genannten Erkrankungen?

o wenn ja, Beschwerden welche?....

6.	Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 3 Jahren verändert?	nein o ja o	um kg o zugenommen / o abgenommen In welchem Zeitraum?
7.	Waren Sie wegen der genanten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?	nein o ja o	Einmalig: von: bis: bis: bis:
8.	Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer Erkrankung(en) in Behandlung?	nein o ja o	o Hausarzt o Internist o Neurologe o sonstige
			Name/Anschrift des Arztes:
9.	Zusätzliche Angaben bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)		
	Ich leide an:		o Morbus Crohn o Colitis Ulcerosa
	Wann war der erste Schub?		Von:
	Wann war der letzte Schub?		Von:
	Wie viele Schübe traten bisher insgesamt auf?		Anzahl:
	Fand bereits ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt statt oder ist dieser vorgesehen?	nein o ja o	am:
	Welche Beschwerden/Symptome bestehen/ bestanden in Bezug auf die Erkrankung (z.B. Bauchschmerzen, Durchfälle, Blutungen, Übelkeit, Fieber, Blässe, Gewichtsverlust etc.)?		
	Welche/r Teil/e des Verdauungstrakts ist/sind betroffen (z.B. nur auf Rektum (Mastdarm) begrenzt, unterer Dünndarm (Ileum terminalis), Dickdarm etc.)?		
	Sind Komplikationen aufgetreten (z.B. Fisteln, Darmverschluss, Abszesse, Perforationen,	nein o ja o	Wenn ja, welche?
	Blutarmut, Gelenkentzündung, Augenentzündung etc.)?		Bitte fügen Sie Kopien von Untersuchungsergebnissen/Entlassungsberich bei, wenn diese Ihnen vorliegen!
10.	Folgen noch weitere Angaben?	nein o ja o	o zusätzliche Angaben sind beigefügt Seiten: o zusätzliche Angaben werden nachgereicht
Ich vo	ersichere, vorstehende Fragen vollständig und wahr	heitsgemäß bear	ntwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.
	 Datum		Unterschrift der zu versichernden Person