

Fragebogen Multiple Sklerose

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsantrag Nr.:

Zu versichernde Person:

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, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zur Erkrankung

1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Multiple Sklerose leiden?

Ist die Diagnose gesichert?

- Nein
 Ja
 Unbekannt

2. An welchen Beschwerden leiden bzw. litten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre? (Bitte möglichst genaue Angaben)

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre in (fach-) ärztlicher Behandlung? Nein
 Ja

Falls ja: Seit wann? Wann war die letzte Untersuchung?

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Arztes an.

4. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre technische Untersuchungen (z. B. Liquordiagnostik, Kernspintomographie, Labor) durchgeführt? Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

5. Erfolgten innerhalb der letzten fünf Jahre weitere Untersuchungen (z. B. durch einen Neurologen, Augenarzt, Internisten)? Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

-
6. War innerhalb der letzten zehn Jahre ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Ergebnis?

-
7. Wurden innerhalb der letzten zehn Jahre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Welche? Ergebnis?

-
8. Wie viele Krankheitsschübe hatten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre?

Wann war der letzte Schub und welche Beschwerden traten auf?

-
9. Liegt eine Beeinträchtigung der Nieren-, Blasen- oder Darmfunktion vor? Nein
 Ja

Falls ja: Welche?

-
10. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre Harnwegsinfektionen? Nein
 Ja

Falls ja: Wie häufig? Wann?

-
11. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre Sprach- oder Sehstörungen? Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Welche?

-
12. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten fünf Jahre Lähmungen? Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Welche?

-
13. Wie wird die Multiple Sklerose behandelt? Medikamente
 Diät
Bitte nähere Angaben (z. B. Medikamentenname, Dosierung) Sonstiges:

-
14. Wurden innerhalb der letzten fünf Jahre Massagen, Bäder, Krankengymnastik oder Ähnliches verordnet? Nein
 Ja

Falls ja: Was? Wann? Wie häufig?

-
15. Sind Sie derzeit in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Nein
 Ja

Falls ja: Wodurch?

-
16. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig? Nein
 Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:
-

-
17. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?
- Nein
 Ja, GdB/ MdE/ GdS:
 Ja, beantragt, am:

-
18. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten andere Medikamente verordnet?
- Nein
 Ja

Falls ja: Wann? Welche?

-
19. 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